

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1931-1932 N° 47

Quelques observations nouvelles
d'infections puerpérales
traitées chirurgicalement

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 27 Novembre 1931

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

René LIGIER

Né le 2 Décembre 1904 à CHALON-sur-SAONE (Saône-et-Loire)



LYON

BOSC Frères, M. et L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

1931

QUELQUES OBSERVATIONS NOUVELLES
D'INFECTIONS PUERPÉRALES TRAITÉES CHIRURGICALEMENT



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1931-1932 N° 47

Quelques observations nouvelles
d'infections puerpérales
traitées chirurgicalement

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 27 Novembre 1931

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

René LIGIER

Né le 2 Décembre 1904 à CHALON-sur-SAONE (Saône-et-Loire)



LYON

BOSC Frères, M. et L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

—
1931

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE
Assesseur	M. ROLLET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ, ROCHET, BARRAL.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC
Cliniques chirurgicales	PAVIOT
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON
Clinique neurologique et psychiatrique	ROLLET
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	COLLET
Clinique et prophylaxie de la tuberculose	GAYET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	NOVE-JOSSERAND
Chimie biologique et médicale	COURMONT
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique	FLORENCE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	MANCEAU
Histologie	GUIART
Physiologie	LATARJET
Pathologie externe	POLICARD
Pathologie interne	DOYON
Pathologie et Thérapeutique générales	LERICHE
Anatomie pathologique	FROMENT
Chirurgie opératoire	CADE
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	FAVRÉ
Médecine légale	PATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique	Etienne MARTIN
Pharmacie et Pharmacologie	X.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	SAVY
	LEULIER
	PIERY

PROFESSEUR TITULAIRE SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Propédeutique de gynécologie M. CONDAMIN

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (Léon)
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER
Applications du radium	NGIER
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	NOËL	ROCHET (Ph.)	CHAMBON
ROCHAIX	DUMAS	WERTHEIMER	CIBERT
RHENTER	DUFOURT	GATE	EPARVIER
MAZEL	DEVIC	BERNHEIM	GUILLEMINET
SANTY	GABRIELLE	DECHAUME	MORENAS
CHALIER (André)	MARTIN (Joseph)	POLLOSSON	REBATTU (Ch.)
CHALIER (Joseph)			

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. VORON, *président*; TRILLAT, *assesseur*;
RHENTER et EPARVIER, *agregés*.



La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

Je dédie ce travail en témoignage de
vive affection et d'infinie reconnais-
sance.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR VORON

Professeur de Clinique Obstétricale

Accoucheur des Hôpitaux de Lyon

En témoignage de notre profond respect et de notre gratitude pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de ce travail.

A MONSIEUR LE DOCTEUR MAX MOREL

Chef de Clinique à la Maternité de Dijon

Nous tenons à lui exprimer notre reconnaissance pour sa bienveillance à notre égard et pour tous les conseils dont il nous a honoré dans l'élaboration d'un travail auquel il a bien voulu s'intéresser.

A MES JUGES

A MONSIEUR LE DOCTEUR PETITJEAN
*Professeur de Clinique Médicale à l'Ecole de Médecine
de Dijon*

Nous avons toujours été touché de la courtoisie de son accueil alors que nous étions son externe. Qu'il veuille bien trouver ici l'hommage de notre respectueuse reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR C. LECLERC
*Professeur de Clinique Chirurgicale à l'Ecole de Médecine
de Dijon*

Avec l'hommage de notre admiration pour l'œuvre qu'il a créée et qu'il dirige ; nous lui adressons nos remerciements pour la sympathie qu'il nous a témoigné pendant que nous étions son externe puis son interne.

A TOUS MES MAITRES DE L'ECOLE DE MÉDECINE
ET DES HÔPITAUX DE DIJON

En témoignage de mon profond
respect.

QUELQUES OBSERVATIONS NOUVELLES D'INFECTIONS PUERPÉRALES TRAITÉES CHIRURGICALEMENT

Introduction

« Le traitement chirurgical de l'infection puerpérale est né et vit encore des échecs du traitement médical » (JEANNIN).

Le chirurgien est donc amené à intervenir dans les formes graves de l'infection puerpérale du post-partum et du post-abortum, celles en présence desquelles le médecin se demande avec angoisse si l'issue fatale ne se produira pas, quelle que soit la thérapeutique qu'il emploie.

Si tous les chirurgiens et accoucheurs sont unanimes à s'abstenir de toute intervention chirurgicale dans une forme que la clinique a montrée comme pouvant guérir par le traitement médical, il faut reconnaître que l'accord est moins parfait quand il leur faut se prononcer sur la nature du traitement chirurgical propre à chacune des formes graves de l'infection puerpérale. Il n'est pas de questions sur lesquelles on puisse recueillir autant d'avis contradictoires.

Il existe cependant quelques formes localisées où l'accord est à peu près fait ; nous les laisserons de

côté. Nous ne nous occuperons ni des formes vulvaire, vaginale et utérine, ni de leurs complications, dont le pronostic est relativement bon : phlegmon du ligament large, salpingite, pelvi-péritonite, phlegmatia alba dolens... Ce sont là des localisations heureuses d'une infection en voie de généralisation ou déjà généralisée. Presque toujours elles évoluent pour leur propre compte et leur traitement rentre dans le cadre de la chirurgie générale habituelle.

Après avoir rappelé les tendances thérapeutiques qui se sont manifestées au cours des siècles dans le traitement des formes graves de l'infection puerpérale, nous étudierons dans notre travail

1° *Les péritonites puerpérales aiguës :*

Deux observations relatées dans cette thèse nous feront insister sur la pathogénie de cette complication de l'infection puerpérale ;

2° *Les phlébites suppurées :*

A l'occasion de deux observations que nous rapportons, nous chercherons à préciser quels cas sont justiciables des ligatures veineuses et quelle est la valeur de cette méthode.

Nous laisserons délibérément de côté toute la question du traitement chirurgical des septicémies puerpérales. Cette question demande, en effet, de nouveaux travaux basés sur des observations particulièrement détaillées et passées au crible d'une critique sévère.

Aperçu historique du traitement chirurgical de l'infection puerpérale

L'étiologie, l'explication pathogénique « en vogue » aux différentes époques de son histoire domine toute la thérapeutique puerpérale.

La multiplicité des traitements opposés à l'infection puerpérale montre combien le problème de sa guérison a suscité de recherches nombreuses. Elle prouve aussi qu'aucun d'eux ne s'est révélé d'une efficacité vraiment constante. Aujourd'hui, en l'absence d'un médicament spécifique, l'infection puerpérale reste encore la grande crainte de l'accoucheur.

Il y a lieu de distinguer plusieurs étapes dans l'histoire du traitement de l'infection puerpérale, et, sans trop vouloir schématiser, nous pouvons noter quatre périodes.

LA PREMIÈRE PÉRIODE va des temps hippocratiques à l'année 1875, date où Pasteur découvre le streptocoque dans le sang et les lochies d'une infectée puerpérale.

Le traitement jusque-là a été exclusivement médical.

LA DEUXIÈME PÉRIODE s'étend de 1875 à la fin du XIX^e siècle. La nature microbienne des infections puerpérales une fois établie, la thérapeutique s'oriente vers des procédés visant à nettoyer et à désinfecter la cavité utérine. *C'est l'ère du traitement local intra-utérin.* En 1886, apparaît l'hystérectomie.

Le traitement pendant cette période est avant tout chirurgical.

LA TROISIÈME PÉRIODE occupe le début du XX^e siècle. C'est une période de réaction contre le traitement chirurgical. Les auteurs, en particulier les Allemands et les Américains, condamnent tout traitement intra-utérin.

Le traitement redevient avant tout médical.

LA QUATRIÈME PÉRIODE enfin est la période contemporaine. Chirugiens et accoucheurs cherchent à préciser quelles sont les formes cliniques de l'infection qui relèvent de la médecine ou de la chirurgie.

Le traitement est médical et chirurgical.

Première période

Les grands médecins de l'antiquité connaissaient déjà l'infection puerpérale.

HIPPOCRATE en parle dans ses ouvrages.

AVICENNE et GALIEN décrivent les altérations des lochies.

Plus tard, AMBROISE PARÉ nous entretient longue-

ment de la « fièvre des couches ». Il insiste sur sa gravité ; comme nos chirurgiens modernes, il compare à une blessée la nouvelle accouchée, qui par conséquent peut présenter toutes les complications observées en pareil cas.

MAURICEAU et LAMOTHE relatent l'épidémie de fièvre puerpérale qui ravagea en 1664 l'Hôtel-Dieu.

A Lyon en 1750, à Londres en 1760, à Copenhague en 1765, des faits analogues sont signalés.

Malgré ces notions d'épidémicité et de contagion, les causes de la maladie restent imprécises. Tous les auteurs considèrent l'infection puerpérale comme une entité morbide. C'est pour eux une *maladie essentielle* comparable au typhus, au choléra et l'on s'explique pourquoi DOULCET et DELAROCHE, en 1782 et 1783, préconisent dans l'infection puerpérale un traitement analogue à celui des états typhoïdes et de la pneumonie.

En 1857, BOUILLAUD, CAZEAUX et JACQUEMIER combattent la théorie des « essentiellistes », que soutiennent à cette époque PAUL DUBOIS et DEPAUL. Pour BOUILLAUD, les lésions utérines sont les lésions primitives ; les autres manifestations de la maladie ne sont que les conséquences de l'infection utérine.

Avec WIRCHOW et EISENMANN apparaît la théorie de l'érysipèle interne. Par la seule observation clinique, ces auteurs rapprochent deux infections que la microbiologie nous a montrées depuis comme causées par le même microbe.

Mais malgré ces conceptions étiologiques nouvelles, le traitement reste toujours strictement médical.

Deuxième période

Déjà en 1847, le Viennois SEMMELWEISS — après peut-être le Suédois CEDERSGHJOLD — préconisait l'isolement des infectées et ordonnait à ses étudiants de se laver les mains dans une solution de chlorure de chaux avant de pratiquer des accouchements.

En 1857, TARNIER, en France, préconise lui aussi l'isolement des femmes infectées ; ce n'est qu'en 1876 qu'il obtient un pavillon spécial.

Un premier pas vers la vérité était fait.

Le 11 mars 1889, PASTEUR annonce au monde médical qu'il a découvert l'agent de l'infection puerpérale, auquel il donne le nom de *streptocoque*.

La nature microbienne des infections puerpérales étant ainsi établie, l'on va s'efforcer naturellement d'assurer le nettoyage et la désinfection de la cavité utérine.

La première idée fut de laver la plaie placentaire avec un liquide plus ou moins antiseptique. C'est l'époque des *injections intra-utérines*, répétées tous les jours et même plusieurs fois par jour.

Au moment où, sous l'influence de LE FORT et VERNEUIL, on traite les plaies par l'*irrigation continue*, il devient logique d'essayer aussi ce traitement dans l'infection.

Mais ces méthodes étaient souvent insuffisantes. On cherche alors à débarrasser l'utérus des corps étrangers et des produits septiques qu'il renferme, par des moyens thérapeutiques plus énergiques. C'est la pé-

riode ou règnent sans conteste le *curage*, l'*écouvillonnage* et le *curettage*, qu'on n'hésite pas à renouveler plusieurs fois chez la même infectée.

Malgré l'amélioration qu'à cette époque le traitement local intra-utérin apportait, certains cas graves n'étaient pas améliorés.

Les résultats considérables obtenus par la chirurgie aseptique firent naître l'espoir d'éviter la généralisation en supprimant l'utérus. Le traitement reste toujours local, mais n'est plus conservateur.

En 1886, SCHULTZE pratique la première hystérectomie.

En 1889, ROSEMBERG exécute avec succès une hystérectomie vaginale pour infection puerpérale.

En 1895, PRYORR fait la première hystérectomie abdominale totale.

La même année, en France, BOUILLY inspire la thèse de WINTREBERT sur l'hystérectomie dans l'infection puerpérale.

Mais c'est surtout après les travaux de TUFFIER et la thèse de son élève BONNAMY que la question du traitement chirurgical de l'infection puerpérale attira l'attention et qu'elle fut dès lors à l'ordre du jour de toute une série de Congrès et de Sociétés médicales et chirurgicales.

Troisième période

Au début du xx^e siècle une réaction contre le traitement intra-utérin se produisit.

On s'aperçoit que le curettage, les injections intra-

utérines aggravent parfois l'état d'un grand nombre d'infectées.

OPITZ, WINTER et la plupart des Allemands, DE LEE, WATSON, WILLIAMS et la majorité des Anglo-Américains et certains auteurs français s'attachent à démontrer que le nettoyage est non seulement inutile, mais dangereux.

Pour eux, il est illusoire de vouloir désinfecter l'immense champ de culture qu'est la plaie placentaire. Le traitement intra-utérin détruit la barrière leucocytaire de défense de l'utérus, et les microorganismes, qui sans cela n'auraient peut-être pas dépassé la couche superficielle de la muqueuse, pénètrent dans les veines et les vaisseaux lymphatiques que l'on a mis à nu.

Il est possible que dans certains cas graves la curette ou la canule ont apporté une amélioration manifeste et rapide, il n'en est pas moins vrai que des cas graves n'ont pas été influencés par elles et que très souvent un curettage ou une injection intra-utérine sont suivis d'une aggravation importante.

Cliniquement, l'ensemencement, après traitement intra-utérin, se manifeste par des frissons, une ascension de la température et une aggravation des symptômes. Ces cas effectivement ne sont pas rares et si les femmes guérissent il semble que dans le cours de leur maladie on constate plus souvent des complications : phlegmons du ligament large, phlébites, embolies. On comprend pourquoi beaucoup d'auteurs rejettent à peu près complètement le curettage et l'injection intra-utérine du traitement de l'infection puer-

pérale, comme des armes à deux tranchants et ne les conservent qu'à titre exceptionnel.

Quatrième période

Actuellement, en se basant sur les lésions anatomiques dominantes et les symptômes, les auteurs *ont dissocié l'infection puerpérale en un grand nombre de formes cliniques* : formes localisées, formes propagées, formes généralisées du post-partum et du post-abortionum, etc... Toutes, avec une allure clinique différente, comportent un pronostic différent. Aussi les gynécologues contemporains s'efforcent-ils, avec les moyens actuellement à leur disposition, d'appliquer le traitement médical ou chirurgical qui convient le mieux à chacune des formes cliniques de l'infection puerpérale.

Si bien que nous pouvons dire : « D'une façon générale il n'y a plus aujourd'hui ni interventionnistes, ni abstentionnistes par principe : il y a des cliniciens qui observent et suivent chaque cas donné pour en tirer les éléments de bon ou mauvais pronostic et qui ensuite proportionnent la thérapeutique à la gravité du cas observé ».

Nous sommes dans une *période d'éclectisme* où chacun, ayant saisi la nécessité du traitement chirurgical dans les formes graves de l'infection puerpérale, cherche à préciser les indications opératoires et l'intervention particulière propice à chaque cas particulier.

Aujourd'hui, grâce à l'asepsie et l'antisepsie, le pourcentage de la mortalité dans l'infection puerpérale n'est plus que de 2,5 % à 4,8 % (BRINDEAU).

Nous sommes bien loin de l'époque où cette affection ravageait les maternités des grandes villes. La mortalité alors dépassait 15 %. Bien qu'à l'époque contemporaine, en face des formes graves, tous les procédés locaux et généraux aient été essayés avec des succès divers, il ne faut pas oublier que les recherches modernes sur le sérum et les vaccins, nées des découvertes géniales de Pasteur, orientent la thérapeutique de l'infection vers la *prophylaxie* et la *vaccinothérapie*. Les résultats obtenus dans la diphtérie nous donnent l'espoir que dans un avenir plus ou moins prochain l'*immunité* aura fait disparaître l'infection puerpérale et avec elle ses traitements.

Nous ne nous méprenons pas sur la difficulté de cette découverte en raison même de la multiplicité des agents microbiens de l'infection puerpérale. Le streptocoque lui-même n'est pas un. Mais en attendant cette magnifique découverte nous pouvons accroître les mesures prophylactiques dont le résultat s'est montré si merveilleux ; ajoutons le *masque* aux moyens prophylactiques dont nous disposons déjà pour combattre l'infection puerpérale.

CHAPITRE PREMIER

Péritonites puerpérales aiguës généralisées

Dans ce chapitre, nous aurons en vue non seulement les péritonites diffuses ou généralisées, mais encore les péritonites en voie de diffusion ou de généralisation. Ces termes peuvent se conserver pour faciliter la représentation anatomique que l'on a de certaines formes de péritonite. Cliniquement, toute péritonite puerpérale naissante porte en son germe — si l'on n'intervient pas — une propension fatale à la diffusion. C'est dire que la péritonite puerpérale en voie de diffusion, donc encore localisée, n'est que la forme de début de la péritonite généralisée à tout l'abdomen. Cette variété peut quelquefois s'établir d'emblée ; elle est due le plus souvent à ce qu'on a permis, en différant trop longtemps l'intervention, la diffusion d'un foyer infectieux primitivement restreint.

Étiologie

Dans la majorité des cas, la péritonite puerpérale aiguë généralisée est une complication de l'infection utérine.

Elle peut s'observer à la suite d'une perforation d'un cul-de-sac vaginal ou de l'utérus, consécutive le plus souvent à des manœuvres abortives.

Elle se manifeste également après une rupture utérine méconnue, le sphacèle d'un fibrome utérin, la rupture d'un pyosalpinx, d'un kyste de l'ovaire pendant le travail de l'accouchement. Mais ce sont là des faits exceptionnels.

La péritonite puerpérale s'observe parfois après un accouchement parfaitement normal. C'est la *péritonite primitive*.

Plus souvent elle s'observe après les manœuvres et traumatismes obstétricaux. La péritonite dans ces derniers cas est précédée d'une période dans laquelle on note les signes d'une endométrite. C'est la *péritonite secondaire*. Certains auteurs ont signalé à juste titre comme particulièrement dangereux le curettage fait pendant les suites de couches. Outre ses dangers de perforation qui ne sont pas à dédaigner, le curettage est souvent la cause de la péritonite. S. DE FRANCESCO, dans sa statistique, trouve que 61,6 % de toutes les péritonites puerpérales apparaissent après un curettage.

Pathogénie

Nous avons dit que presque toujours la péritonite était précédée d'une phase d'endométrite. Par quelles voies l'agent pathogène — le streptocoque le plus souvent — quitte-t-il l'utérus pour ensemençer le péritoine ?

Trois voies s'offrent à lui :

α) La VOIE LYMPHATIQUE est certes la plus importante.

Les microbes disséminés au niveau de la plaie placentaire passent dans les lymphatiques utérins qui communiquent avec ceux du péritoine et viennent par voie de continuité ensemençer la séreuse abdominale.

β) La VOIE SANGUINE n'est pas non plus négligeable.

Les vaisseaux largement béants de l'utérus sont tout indiqués pour canaliser l'agent pathogène dans la circulation. Mais, il faut bien le dire, il s'agit alors plus souvent de pyohémie que de péritonite.

γ) La VOIE TUBAIRE, serait-elle, exceptionnellement suivie.

Il est plus facile, semble-t-il, pour les microbes de se rendre au péritoine et de l'infecter par la voie lymphatique que par la voie tubaire. Les cellules mucoïdes de la trompe n'offrent-elles pas un excellent terrain de pullulation aux germes ? *Il est donc difficile aux agents pathogènes d'arriver au péritoine par la trompe sans créer auparavant la salpingite.* C'est là l'opinion de WIDAL et WALICH, et beaucoup d'autres s'y sont ralliés.

Au cours de deux hystérectomies (1) pour infection puerpérale grave — pratiquées, l'une par le Docteur BARBIER le 13 juin 1929 et relatée dans le numéro de mars 1930 de la *Bourgogne Médicale*, l'autre par le Docteur BARON le 3 avril 1930 et relatée dans le numéro de décembre 1930 de la même revue — l'opérateur a constaté que *du pus s'écoulait goutte à goutte dans le péritoine par l'une des trompes.*

Discutant la première observation, notre maître le Docteur Morel disait : « *Il me semble intéressant de retenir la présence de liquide s'écoulant par la trompe gauche dans le péritoine. Ainsi, lorsqu'on est en présence de péritonite, celle-ci peut bien être due à des propagations de divers ordres (lymphatiques ou autres), mais cette intervention montre que parfois (ne généralisons pas) elle débute au voisinage d'une trompe et peut avoir tendance à se localiser un peu comme une péritonite coexistant avec une annexite. C'est peut-être là le processus initial d'un certain nombre de péritonites du post-partum, péritonites se propageant de proche en proche au lieu d'être généralisées d'emblée. Je serais porté à adopter cette opinion, car au cours d'une intervention du même genre faite à la Maternité il y a quelques mois, à l'ouverture du ventre on trouva rouge, hyperémiée, toute la partie de l'intestin grêle et du cæcum qui avoisinait la trompe, avec autour de ces organes un processus de péritonite parfaitement localisée aux abords immédiats du pavillon tubaire.* » (*Bourgogne Médicale*, 7 mars 1930.)

(1) Ces deux observations sont relatées dans notre travail.

Un mois après cette discussion, le 3 avril 1930, le Docteur BARON, au cours d'une hystérectomie pour infection puerpérale grave, vérifiait une fois encore l'hypothèse émise par le Docteur MOREL. « *Par la trompe droite s'écoulait dans le péritoine du pus goutte à goutte ; toute la partie avoisinante de l'intestin, le cœcum en particulier, était rouge, violette, enflammée et recouverte de fausses membranes presque confluentes par endroits.* »

Pour nous, nous admettrons résolument que l'infection du péritoine par voie tubaire est plus fréquente que ne l'indiquent les classiques.

Symptomatologie

On distingue deux formes de péritonites puerpérales généralisées aiguës :

- 1° La péritonite phlegmoneuse ou purulente aiguë ;
- 2° La péritonite septique ou septicémie péritonéale.

I. — PÉRITONITE PUERPÉRALE PURULENTE AIGUE.

Deux, trois, quelquefois quatre jours après l'accouchement ou l'avortement, la péritonite s'annonce par un *frisson* violent, prolongé, solennel. Le frisson peut manquer ; mais lorsqu'il existe, qu'il est unique, il est d'une grosse valeur diagnostique. Pendant une demi-heure, une heure même, la malade est en proie à une sensation de froid intense. Les dents claquent et un tremblement généralisé annonce l'invasion d'une complication fébrile.

D'emblée la *température* s'élève à 39-40° ; le *pouls* s'accélère et bat aux environs de 120. Le frisson passé,

la *douleur* domine toute la scène. D'abord localisée, elle s'étend rapidement à tout l'abdomen. Elle est intolérable, exaspérée par les changements de position dans le lit, par le poids des draps, le contact de la chemise et les mouvements respiratoires eux-mêmes. A ce moment tout examen est impossible.

Les *vomissements*, précédés souvent d'un *hoquet* persistant et douloureux, apparaissent bientôt. D'abord alimentaires, ils deviennent rapidement bilieux. Au milieu de violents efforts et de terribles souffrances, la patiente expulse des jets de liquide amer et verdâtre. La couleur de ces vomissements, qu'on a comparée à celle du bouillon de poireau, leur a valu le nom de vomissements porracés. Ils constituent un des signes pathognomoniques de la péritonite.

A l'examen, le ventre est tout d'abord rétracté. En même temps que de l'*hyperesthésie cutanée*, il existe de la *défense musculaire de la paroi*. Par la suite les anses se distendent, l'abdomen se ballonne. Ce *ballonnement* augmente rapidement et prend souvent des proportions énormes. *L'arrêt complet des matières et des gaz* est rarement constaté dans les péritonites puerpérales. Souvent même, il existe une *diarrhée* abondante et fétide.

Très rapidement le *facies* prend cet aspect péritonéal dont la seule vue, dans beaucoup de cas, suffit à faire le diagnostic :

la face est amaigrie,
les yeux, cerclés de noir, sont excavés,
très fréquemment on observe du subictère,
le nez est froid et effilé,
les narines pulvérulentes,

la langue rouge et lisse au début est bientôt sèche, fendillée, puis « rôtie »,
la respiration est courte, haletante, saccadée.
la voix grêle, cassée,
la soif vive.

Dès le deuxième et troisième jour, le pouls est très fréquent, frappé, filiforme. La température s'élève de plus en plus. Le collapsus est imminent et cependant, au fur et à mesure que l'imprégnation toxique de tout l'organisme fait des progrès, la douleur diminue. La malade qui a conservé toute sa lucidité accueille avec joie cette fausse rémission. Elle se croit guérie ; malgré le pronostic fatal porté par le médecin, elle ne cesse de dire combien elle se sent mieux. Mais le pouls devient misérable, tout le corps se couvre de sueurs froides, les extrémités sont cyanosées.

Bientôt le coma s'installe et la mort survient huit à dix jours après le début de l'infection.

Pendant toute la durée de la maladie l'hémoculture est restée négative.

Formes cliniques.

a) *Péritonite purulente suraiguë.* — Dans cette forme le début est remarquablement précoce. Quelques heures après l'accouchement on peut constater les premiers signes de la péritonite : frissons, douleurs abdominales, défense musculaire de la paroi, vomissements. Cette forme évolue avec une rapidité inouïe : la mort survient au bout de 24 à 48 heures.

b) *Péritonite purulente subaiguë.* — Cette forme

débute vers le sixième jour après l'accouchement et fait toujours suite à une infection utérine. Le tableau clinique peut être extrêmement fruste. Le début est insidieux, l'état général s'altère peu à peu, le ventre devient douloureux puis se ballonne. Les vomissements apparaissent. Le tableau clinique se complète. La mort survient au bout de 10 à 15 jours entrecoupés parfois de courtes périodes d'accalmie.

Quelle que soit l'allure clinique, nous voyons que toute *péritonite puerpérale purulente aiguë aboutit fatalement à la mort*.

Le frisson intense, unique, la douleur localisée, la défense de la paroi abdominale, les vomissements porracés, le facies, la rapide déchéance de l'état général sont les signes qui feront poser au médecin le diagnostic de péritonite chez une femme en état puerpéral récent.

L'abaissement progressif des douleurs, une légère matité dans les flancs feront soupçonner l'épanchement péritonéal en voie de généralisation.

Lorsque le toucher vaginal permettra de sentir des culs-de-sac bombés, douloureux et un utérus paraissant mobile dans un liquide, lorsque la matité dans les flancs sera nette et déplaçable, alors seulement nous pourrons affirmer l'épanchement généralisé.

Dans les cas douteux, certains auteurs ont préconisé *la ponction de Douglas*. Cette opération, malgré les critiques qu'on lui a adressées, a rendu d'effectifs services.

II. — PÉRITONITE PUERPÉRALE SEPTIQUE.

Dans cette forme, presque tous les *signes classiques de la péritonite font défaut*. Le ventre est sans défense, non douloureux. Souvent même il n'y a pas de vomissements. Le seul signe qui attire l'attention du côté péritonéal est le ballonnement abdominal. Les signes généraux par contre présentent d'emblée une exceptionnelle gravité. Alors que dans la péritonite purulente aiguë, dont nous allons étudier le traitement chirurgical, les hémocultures sont toujours négatives, ici, au contraire, elles montrent presque toujours la présence d'un *streptocoque hémolytique*. C'est heureusement la moins fréquente, car elle se termine presque fatalement par la mort deux à quatre jours après le début des accidents péritonéaux, avant même l'intervention ou malgré elle. L'organisme frappé à l'improviste succombe sans avoir eu le temps d'organiser sa défense.

A l'opération on ne trouve qu'un très petit épanchement : à peine quelques cuillerées à café d'un liquide louche. En pareil cas un pronostic fatal doit être posé, il est toujours vérifié.

Cette forme de péritonite doit être considérée comme la localisation péritonéale d'une infection généralisée à tout l'organisme ; les lésions utérines sont en effet toujours absentes. MM. VORON, TIXIER jugent dans cette forme l'opération inutile. Sous le coup de l'infection brutale, l'intervention ne va-t-elle pas agir à l'égal d'un traumatisme et constituer ainsi un facteur certain d'aggravation ?

Certains auteurs pensent néanmoins que l'interven-

tion doit toujours être tentée. C'est la seule chance, disent-ils, qu'on ait de sauver une malade en danger de mort imminente. Mais alors l'opération doit être brève, et aussi peu choquante que possible. Il faut se borner à *essayer de drainer le péritoine* par une incision faite sous anesthésie locale associée ou non à une colpotomie. Un traitement médical énergique sera en même temps institué.

Pronostic

Le pronostic de la péritonite puerpérale généralisée aiguë est excessivement sévère. Nous avons vu que la péritonite septique était presque toujours au-dessus de nos ressources thérapeutiques. Dans la forme purulente il faut reconnaître que, quel que soit le traitement utilisé, les cas de guérison sont relativement rares.

D'après FEHLING (1903), la mortalité s'élève à 85 %.

Le pronostic diffère dans le *post-abortionum* et le *post-partum*. La péritonite qui succède à un accouchement est incontestablement plus grave et plus fréquente que celle qui survient après un avortement.

D'après de FRANCESCO, le pourcentage de guérison dans le *post-partum* est de 10,5 %, alors qu'il est de 24 % dans le *post-abortionum*.

Nous ne nous étonnerons pas que le *pronostic opératoire* soit manifestement plus favorable dans la péritonite du *post-partum* que dans la péritonite du *post-abortionum*. C'est ce qui ressort des statistiques opératoires publiées par JEANNIN.

Il y a lieu aussi de faire une distinction pour les péritonites diffuses, consécutives à un *post-partum criminel*, et qui, au point de vue de la gravité du pronostic, se placent entre les péritonites du *post-partum* et les péritonites du *post-abortum* accidentel.

D'autres éléments peuvent aider le médecin à affirmer son pronostic. Ce sont la date du début des accidents, la nature du terrain, le microbe en cause, la formule sanguine, la précocité du diagnostic et de l'intervention.

Traitement de la péritonite purulente aiguë généralisée

Toute péritonite puerpérale abandonnée à elle-même aboutit à la mort à bref délai. Cette vérité clinique, jointe à la fréquence du succès du traitement chirurgical, nous amène à cette conclusion acceptée aujourd'hui par tous les auteurs : « *Toute péritonite puerpérale généralisée aussitôt diagnostiquée doit être chirurgicalement traitée.* »

Est-ce dire que tout traitement médical doit être abandonné ? Non, car si à lui seul il ne peut prétendre guérir, il reste un adjuvant précieux, puisqu'il met l'organisme dans de meilleures conditions de résistance pour lutter contre l'infection envahissante et supporter le choc opératoire. Chaleur, toni-cardiaques, sérum artificiel, glace, apportent un appoint, certes

modeste, mais qui sera peut-être décisif sur l'évolution heureuse d'une péritonite par ailleurs bien opérée.

Avant de décrire la méthode opératoire de choix dans chaque cas particulier, nous allons étudier rapidement les principes qui président au traitement chirurgical des péritonites et les différents traitements qui en ont découlé.

Tout d'abord, deux conditions assurent la plus grande efficacité du traitement chirurgical :

1° — *Le chirurgien doit profiter le plus possible de la défense naturelle de l'organisme et du péritoine.* L'intervention sera donc *précoce* : il faut opérer avant la constitution des graves lésions péritonéales et arriver avant l'intoxication générale. L'intervention sera *précoce* si le médecin traitant diagnostique la péritonite à ses symptômes de début et si le chirurgien prend une décision rapide. Souvent le diagnostic précoce est difficile ; les signes classiques peuvent manquer ou apparaître tardivement.

Pour CHOMÉ, *une douleur vive siégeant au niveau de la face antérieure ou du fond de l'utérus* est le signe qui permet de dépister la péritonite puerpérale à son tout premier début. « Il s'agit d'une douleur vive, comparable à la douleur de l'appendicite aiguë. La moindre palpation, le moindre effleurage la réveille. Elle s'accompagne souvent, mais pas nécessairement, d'une défense avec immobilité respiratoire de la paroi abdominale sous-ombilicale. Ce signe commande l'intervention chirurgicale. »

Au fur et à mesure que la péritonite se propage la douleur utérine s'atténue pour disparaître complète-

ment quand la péritonite est généralisée ou pour faire place à une douleur plus diffuse, plus étendue.

De toutes les statistiques il ressort nettement que les chances de guérison diminuent avec les heures de retard apportées à l'intervention. D'après PARACHE, le pourcentage de guérison est de 54 % si la péritonite est opérée dans les premières heures ; il est de 42 % si elle est opérée dans les deux premiers jours qui suivent l'apparition des accidents péritonéaux ; il n'est plus que de 31 % quand l'opération a lieu après le deuxième jour de l'affection.

Sans doute s'agit-il là d'une série heureuse de péritonites chirurgicalement traitées ? Mais cette statistique montre bien que dans la péritonite puerpérale ce n'est pas par jours, mais par heures qu'il faut compter et que l'opération précoce est la seule chance de survie que nous puissions donner à une malade atteinte de péritonite puerpérale.

2° — *Le chirurgien doit ne pas nuire à la défense naturelle.*

Pour ne pas ajouter à l'infection un choc opératoire fatal, *l'intervention sera brève*. L'opérateur évitera tous les procédés et toutes les manœuvres pouvant diminuer la résistance générale ou péritonéale.

L'anesthésie locale ou rachidienne sera ici l'anesthésie de choix ; malheureusement, dans les péritonites, ces modes d'anesthésie donnent parfois des insuccès. Il sera toujours temps dans ces cas de recourir à l'anesthésie générale à l'éther, infiniment moins toxique que le chloroforme. L'anesthésie sera toujours très prudente : la malade s'endort en général rapide-

ment et avec une quantité très minime d'anesthésique. Il est donc inutile de monter très haut l'index de l'appareil d'OMBREDANNE pour obtenir le silence abdominal.

A. — LAPAROTOMIE.

Au début, la préoccupation unique du chirurgien fut d'évacuer la collection purulente péritonéale.

Le premier procédé venu à l'esprit du chirurgien a été la *laparotomie*. On se borna d'abord à une incision unique, sous-ombilicale et médiane ; mais le drainage étant nettement insuffisant on eut recours bientôt aux incisions multiples.

B. — TOILETTE DU PÉRITOINE.

Il y a quelques années, à une époque où l'on ignorait les propriétés de défense du péritoine, les chirurgiens, une fois l'abdomen ouvert, s'attachaient à réaliser une « vidange parfaite de la cavité abdominale » ; les moyens employés alors furent exagérés et néfastes.

Les uns, à la façon de Moskowitz, essayaient au moyen de tampons d'ouate, puis de compresses de gaze chaudes, les diverses zones péritonéales ; parfois même ils faisaient un véritable « déballage » des anses intestinales pour essuyer tout au long l'intestin.

D'autres chirurgiens préconisèrent les grands *lavages du péritoine* à l'aide d'une solution isotonique chaude (40° environ) de chlorure de sodium, les antiseptiques ayant été très vite abandonnés en raison de leur action nocive sur les leucocytes et l'épithélium péritonéal.

De tous ces procédés de toilette du péritoine (*net-*

toyage à sec, lavage), seul le procédé par *aspiration* doit être conservé.

En 1903, à Lyon, le Professeur VILLARD réalise un appareil ingénieux qui permet l'évacuation des liquides septiques sans mobiliser les anses intestinales.

L'usage de l'aspirateur est excellent lorsqu'il y a une certaine quantité de pus, parce qu'il permet, sans traumatiser la muqueuse, de soustraire rapidement la plus grande partie de l'épanchement.

On a reproché à cette méthode de réaliser difficilement l'assèchement de la cavité abdominale quand l'épanchement péritonéal est peu abondant, même si en pareil cas on opère en plaçant la malade dans la position de Fowler.

Si la quantité de pus est réduite, il suffira de pratiquer l'assèchement à la compresse et peut-être dans ce cas pourra-t-on tenter de modifier la réaction péritonéale en introduisant dans la cavité abdominale des substances capables d'agir comme stimulantes de défenses naturelles de l'organisme : sérum leucocygène de Petit, collargol...

Dans tous les cas nous pensons, qu'après avoir réalisé simplement, soit avec des compresses, soit avec l'aspirateur de Villard, une toilette relative du péritoine, l'opérateur apporte évidemment au péritoine un soulagement, puisqu'il « diminue d'autant son travail de neutralisation et les chances de résorption des toxines du pus abdominal ».

C. — DRAINAGE DU PÉRITOINE.

Après avoir débarrassé la cavité abdominale d'une grande partie de son contenu toxi-infectieux, il est

admis par tous les auteurs que le chirurgien doit avant tout assurer l'écoulement des liquides restants ou reformés après l'intervention chirurgicale.

Des procédés multiples de drainage ont été tour à tour employés, puis abandonnés comme insuffisants. Ce furent, au début, d'immenses incisions laissées béantes. Puis on inventa tout un matériel destiné à maintenir la communication entre l'abdomen et l'extérieur. C'est ainsi que l'on employa des drains de toute nature, diversement calibrés et fenêtrés, qu'on essaya le drainage par des mèches de gaze. De tous ces modes de drainage, on n'utilise plus guère que celui réalisé par de gros tubes de caoutchouc. On place soit un drain, soit deux, le plus souvent en canon de fusil.

Pour Lejars, le meilleur moyen consiste dans le « procédé mixte », c'est-à-dire la combinaison de drains et de lamelles de gaze.

Le *drainage à la Mickulicz* continue à rendre de grands services. Il empêche les anses intestinales de descendre dans le petit bassin, absorbe le pus et les sécrétions du péritoine infecté sans permettre la diffusion. Il réalise un pansement à plat de la zone infectée et permet d'imbiber largement la région avec un sérum polyvalent comme celui de Leclainche et Vallée. En outre il permet *de gagner un temps appréciable* lors de la laparotomie puisque l'on n'a pas à refermer le péritoine.

On eut recours aussi pour assurer le drainage à la *colpotomie postérieure*.

C'est une opération simple, peu choquante, puis-

qu'on peut très aisément se passer d'anesthésie. Elle draine bien au point déclive, surtout si la malade est en position de Fowler.

Ce procédé a donné des résultats intéressants malgré des reproches mérités : il est aveugle, ne renseigne pas sur l'état de l'utérus et des annexes, ni sur l'étendue des lésions de la séreuse ; assez souvent l'évacuation du pus est incomplète.

Laparotomie et colpotomie, utilisées seules, se sont révélées insuffisantes comme moyen de drainage. Il était logique de les associer.

Ce procédé, Lejars le réclame énergiquement dans son traité d'urgence. La durée de l'opération n'est pas très augmentée. Quelques minutes suffisent pour effectuer la colpotomie supplémentaire. L'abdomen est bien ouvert dans le vagin, cavité septique, mais la cavité péritonéale elle-même est déjà beaucoup plus septique que le vagin lui-même.

L'association de la colpotomie à la laparotomie constitue un excellent procédé de traitement des péritonites généralisées. Elle est la base même du seul drainage efficace qu'est le *drainage abdomino-vaginal*.

Pendant longtemps, ouvrir et drainer l'abdomen fut l'unique préoccupation des chirurgiens dès qu'ils se trouvaient en présence d'une péritonite diffusée. Pour MURPHY notamment, il était inutile et même dangereux de rechercher la lésion causale et de la traiter.

Depuis une quinzaine d'années, revenant à une plus juste conception des choses, on a vu que la suppression de la lésion causale était au contraire extrême-

ment importante. En 1923, SAUVÉ déclare : « Il importe avant tout de supprimer le foyer d'infection, le drainage n'était plus qu'une question secondaire. »

En tarissant la source des liquides microbiens, le chirurgien permet déjà au péritoine de lutter dans des conditions meilleures.

De même que dans la péritonite appendiculaire, il est normal de nos jours d'enlever l'appendice malade et cause de l'affection, de même il apparut logique à certains de nos chirurgiens de supprimer dans les péritonites puerpérales l'utérus, cause de l'infection. Ce procédé élimine sans doute le foyer infectieux, mais assure surtout *une large voie de drainage* du péritoine et des tissus pelviens. C'est là, à notre avis, son principal avantage.

Ses adversaires lui reprochent d'être une cause de shock d'autant plus sérieux que l'état général de la malade est plus atteint. Si ce grief est justifié pour *l'hystérectomie abdominale*, il l'est moins pour *l'hystérectomie vaginale*, opération rapide et peu choquante. D'ailleurs de nombreux chirurgiens, quoique rejetant habituellement l'hystérectomie dans la péritonite généralisée, lui reconnaissent quelques indications. Elle doit être considérée comme un moyen héroïque dans tous les cas où la péritonite est consécutive à une perforation ou à une rupture utérine, où il existe des abcès utérins ou lorsque l'utérus n'est plus qu'une éponge purulente.

En présence de telles lésions, le chirurgien ne doit pas hésiter à enlever sans tarder le foyer infectieux qui ne peut faire moins qu'entretenir la suppuration

du péritoine. Le choc opératoire sera sans doute augmenté, mais pourquoi ne pas tenter cette ablation qui peut sauver une malade vouée sans cela inévitablement à la mort.

Choix de l'intervention

Parmi tous ces procédés opératoires, lequel devons-nous choisir ?

Avec Keller nous pensons que le *choix de l'intervention dépend beaucoup de la phase de l'infection péritonéale dans laquelle la malade est examinée.*

1° ETAT GÉNÉRAL ASSEZ BON.

C'est le cas de la péritonite en voie de diffusion. Les symptômes remontent alors à quelques heures : 24 ou 36 heures au plus. L'infection péritonéale est encore localisée autour des organes génitaux ; les parties supérieures de la cavité abdominale ne sont pas atteintes.

Pour KELLER, il est du devoir du chirurgien de drainer avant tout et largement au point déclive. La stagnation du pus ne peut être évitée que par la suppression de l'utérus et des annexes. Il faut considérer la cavité abdominale comme un entonnoir dont l'ouverture vers le bas doit rester largement béante. Ceci n'est réalisable que si l'on enlève complètement le col, de sorte que le vagin sectionné donne cette ouverture largement béante que l'on recherche. En plus, il faut établir un barrage vers le haut pour que l'infection ne se propage pas vers la grande cavité abdomi-

nale, donc placer un Mickulicz qui sert à la fois de drainage et de cloisonnement. Cette façon de procéder a donné à Keller, dans deux cas, de très bons résultats.

BRINDEAU et CHOMÉ sont aussi partisans de faire une hystérectomie si on arrive au début de la péritonite. Ces deux auteurs préconisent l'hystérectomie subtotale. « Un gros drain placé dans le col sortira par le vagin. On ne fera aucune péritonisation, mais on installera un drainage à la Mickulicz, les ligaments larges restant largement ouverts. Dans deux cas cette opération a amené la guérison. »

AUVRAY intervient aussi par laparotomie. « Le pus et les fausses membranes seront évacués, la cavité péritonéale asséchée rapidement avec des compresses et le péritoine lavé à l'éther, ce qui semble être vraiment un mode de traitement efficace. Le drainage du péritoine sera assuré à l'aide de larges drains placés dans le cul-de-sac de Douglas et même dans les fosses iliaques.

Pour beaucoup d'auteurs, le *drainage abdomino-vaginal* est le traitement chirurgical de choix à employer dans les péritonites en voie de généralisation. Tous ne sont pas en effet d'accord sur la nécessité de pratiquer l'hystérectomie dans les péritonites puerpérales, et il y a lieu peut-être de distinguer pour le choix de l'opération entre celles du post-abortionum et celle du post-partum.

a) *Péritonites du post-abortionum.*

En ce qui concerne l'hystérectomie dans le traitement des péritonites consécutives à une perforation

survenant au cours d'un curettage ou de manœuvres abortives, l'accord est fait à l'heure actuelle.

MM. COMMANDEUR, VORON, RHENTER considèrent que c'est là une indication de l'hystérectomie. MM. BROUHA, KIEFFER, COTRET pratiquent dans le post-abortum l'hystérectomie chaque fois que le diagnostic de péritonite consécutive à une perforation est posé.

DOUAY préconise de préférence à l'hystérectomie abdominale l'hystérectomie vaginale.

Pour POTVIN, l'hystérectomie ne doit être tentée que dans le cas où il existe une perforation.

Lorsque la perforation n'est pas absolument certaine, on a recours à la *laparotomie* qui seule permettra de reconnaître s'il existe une lésion utérine. Si l'on constate une lésion utérine (perforation, abcès, rupture), l'hystérectomie abdominale sera tentée, sinon la laparotomie constituera le premier temps du drainage abdomino-vaginal.

b) *Péritonites du post-partum*

Les avis sont très partagés en ce qui concerne les péritonites du post-partum. Sauf le cas où la péritonite est consécutive à une perforation, beaucoup d'auteurs n'acceptent pas l'hystérectomie.

M. le Professeur VORON a rapporté deux cas d'hystérectomie dans le post-partum avec deux morts.

2° ETAT GÉNÉRAL GRAVE.

Trente-six heures après le début des accidents péritonéaux, la moitié supérieure de la cavité abdominale est déjà envahie en grande partie par le pus. Peut-on encore imposer à la malade une intervention de l'im-

portance de l'hystérectomie totale et même subtotale? C'est une affaire d'intuition clinique. Il faut se laisser guider par l'état général ; telle malade semblera pouvoir supporter encore cette intervention, telle autre par contre subirait un choc par trop considérable.

KELLER reste partisan de l'*extirpation totale*, mais, dit-il, la rapidité de l'intervention est évidemment un facteur très important de réussite lorsque l'état général paraît fortement atteint. En plus, il place pour évacuer le pus un *Mickulicz* au milieu de l'abdomen et fait à droite et à gauche, pour drainer les parties déclives latérales, des incisions supplémentaires.

Toutefois, il semble que l'on doive en pareil cas préférer à l'hystérectomie totale ou subtotale le drainage abdomino-vaginal. L'opération, beaucoup plus rapide, en évitant à la malade un choc opératoire important, lui donnera par suite une plus grande chance de guérison.

3° ETAT GÉNÉRAL TRÈS GRAVE.

Dans une phase plus avancée encore, le pus a envahi toute la cavité abdominale. Dans ce cas l'hystérectomie n'est évidemment plus praticable.

KELLER se borne à drainer en trois endroits (au milieu et des deux côtés) et à faire une entérostomie du côté droit avec ouverture immédiate pour décharger l'intestin. La plupart des auteurs ont renoncé à la colostomie en raison des très mauvais résultats.

BRINDEAU et CHOMÉ préconisent, eux aussi, la simple laparotomie avec large drainage. Ils placent un

drain dans le Douglas, et au besoin ouvrent ce dernier pour drainer par le vagin. Ils drainent les parties supérieures du péritoine par deux gros drains placés à droite et à gauche dans les espaces pariéto-coliques.

D'ailleurs, il ne faut pas se faire trop d'illusion sur l'efficacité de la laparotomie dans la péritonite généralisée à tout l'abdomen. Il arrive souvent que l'intervention amène une sédation marquée des phénomènes péritonéaux, mais rapidement, au bout de quelques jours, les accidents réapparaissent, le ventre redevient douloureux, se ballonne de nouveau, la température remonte, la malade meurt malgré l'opération. La difficulté du traitement, lorsque l'état général est très touché, vient de l'impossibilité pour le chirurgien de drainer la cavité abdominale au moyen d'une opération de courte durée.

Quelquefois, le chirurgien hésitera même à faire subir le choc d'une laparotomie à une malade arrivée dans un état de dépression si accentuée que le moindre traumatisme paraît devoir être fatal.

La *colpotomie postérieure* trouve alors son indication ; pratiquée au bout de quelques instants, au besoin sans anesthésie, elle n'aggrave pas l'état de la patiente, tant est minime le traumatisme qu'elle occasionne. Alors même qu'elle serait sans succès, elle donne au chirurgien la certitude de n'avoir pas aggravé l'état de la malade par une opération téméraire.

Nous rapportons deux observations dans lesquelles les phénomènes péritonéaux purent être saisis à leur extrême début.

Dans les deux cas, la propagation de l'infection utérine au péritoine se faisait par l'une des trompes.

Dans le premier cas, l'intervention fut décidée dès que les signes cliniques de la complication péritonéale furent apparus. Les symptômes péritonéaux furent précédés pendant quatre jours d'un état septicémique grave avec hémoculture positive à streptocoques hémolytiques.

Dans le second cas, la péritonite fut une trouvaille opératoire. Il s'agissait d'une malade atteinte d'infection puerpérale grave à qui l'on avait fait un curettage bientôt suivi, d'ailleurs, d'une telle aggravation des symptômes, que le chirurgien, devant l'état désespéré de la malade, décida de tenter une hystérectomie.

Nous avons dit précédemment ce que nous pensions du curettage. Nous n'entamerons pas à propos de cette observation la question si controversée de l'hystérectomie dans l'infection puerpérale grave; nous ne retiendrons que la présence de pus s'écoulant goutte à goutte dans le péritoine par la trompe gauche, alors que celle-ci était macroscopiquement saine.

OBSERVATION I

Septicémie puerpérale à streptocoques. Début de péritonite puerpérale. Hystérectomie. Guérison.

(Par le Docteur MAX MOREL.)

Mme D..., troisième pare, accouche le 31 mars, à 12 h. 30, d'un enfant vivant, en bonne santé. Accouchement spontané, sans aucune particularité, pas de déchirure du périnée. La délivrance, expulsée une heure après, apparaît parfaitement

complète ; la sage-femme trouve les membranes intactes avec un orifice de sortie rigoureusement net, de plus elle remarque un cotylédon attenant et un placenta sur l'intégrité desquels elle se porte garante.

Pendant toute la période de dilatation et d'expulsion, l'utérus avait paru plus sensible qu'il n'est de règle, mais sans que cela offre le moindre caractère pathologique.

Le soir même, à 17 heures, la température est à 38°7, la malade se sent bien, n'éprouve aucune gêne et ne se plaint de rien. Le lendemain 1^{er} avril, la température du matin est 39°7, le faciès est rouge et la malade accuse une violente céphalée. Aucun signe notable du côté génital sauf le peu d'abondance des lochies. Dans le courant de l'après-midi, apparition d'un *frisson formidable* qui dure quarante-cinq minutes, et le soir, quand la sage-femme passe donner ses soins, la température est à 40°1. C'est à ce moment qu'on m'appelle et que je vois donc la malade pour la première fois.

Malade congestionnée mais présentant un état général satisfaisant (son frisson est terminé depuis deux heures environ), la température est à 40°1, le pouls à 135. L'examen de tous les appareils est négatif, la zone génitale est un peu sensible au palper abdominal, sensibilité nettement plus accusée que normalement, mais permettant cependant sans grande douleur une pression assez profonde tant sur l'utérus que sur les annexes ; l'utérus est à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Le *diagnostic* est donc : infection puerpérale suraiguë à début extrêmement rapide (cinq heures après l'accouchement) et le pronostic se trouve par là-même très réservé.

Devant la brutalité de cette infection et les affirmations de la sage-femme en ce qui concerne la délivrance, on élimine de suite une infection par rétention et du même coup l'indication du nettoyage de la cavité utérine ne se pose même pas.

Le *traitement* institué est donc : glace sur le ventre, septicémie intraveineuse à haute dose (quatre ampoules par jour) et localement, mise en place d'une mèche intra-utérine imprégnée d'anti-virus puerpéral.

Le lendemain matin, la température est stationnaire à 40°1, mais la malade n'a plus eu de frisson, son état général est bon, plutôt meilleur que celui de la veille, et le pouls est tombé de 135 à 124. Septicémie.

Le soir, la température est à 39°2, le pouls à 116, l'affection paraît donc marquer un point d'arrêt. On pratique cependant une *hémoculture*. Renouvellement de la mèche d'anti-virus. Septicémie.

Le 3 avril au matin, on trouve une malade en très bon état, la température est tombée à 38°7, le pouls à 100. On est donc porté à l'optimisme, mais pas longtemps, car on apprend dans le courant de la matinée que l'hémoculture donne du *streptocoque* abondant.

Le soir, la température remonte en effet à 40°4, et le pouls à 124. Aucun changement dans l'état général (même traitement que la veille. On ajoute de la pyoformine).

Le 4 avril, soit pas tout à fait quatre jours après l'accouchement, la température est à 40°4, le pouls à 124, mais la malade, depuis quelques heures, se plaint fortement de la partie droite de l'abdomen. L'examen montre sans aucun doute qu'il s'agit d'un début de péritonite (défense de la paroi, douleur exquise, quelques nausées sans vomissements) au voisinage de la trompe droite.

Une intervention chirurgicale paraît donc légitime et le Docteur Baron, qui a été tenu au courant de l'évolution, confirme cette façon de voir. La malade est donc transportée au dispensaire où elle est opérée d'urgence par le Docteur Baron, à 11 h. 1/4. Laparotomie sous-ombilicale médiane. A l'ouverture du ventre on trouve un gros utérus, mou, friable, avec du côté droit une réaction péritonéale nette, s'accompagnant de la présence dans le ventre d'un liquide louche (bouillon sale) dont la quantité peut être évaluée à deux verres à liqueur environ. Par la trompe droite s'écoule du pus, goutte à goutte; de plus, toute la partie avoisinante de l'intestin (le cæcum en particulier) est rouge, violette, enflammée et recouverte de fausses membranes, presque confluentes par endroits. A noter

également que l'appendice tuméfié, doublé de volume, est lui aussi violet et enrobé de fausses membranes, il est au voisinage immédiat de la trompe, presque appliqué contre elle. Une fausse membrane est prélevée pour examen bactériologique *Hystérectomie subtotal*e, rapide et sans incident. Appendicectomie classique. On termine par la mise en place d'un Mickulicz et d'une feuille de taffetas gommé pour assurer un isolement aussi complet que possible de la zone atteinte de péritonite.

L'examen de l'utérus montre en plus des caractères énoncés plus haut, une muqueuse jaune verdâtre présentant par place des plaques de sphacèle. Aucune rétention.

Le soir, à 5 heures, la malade se sent très bien, elle ne paraît pas avoir été choquée par son opération, la température est à 37°7, et le pouls à 112. Le complément des examens bactériologiques a permis de constater que :

1° Il s'agit d'un streptocoque hémolytique ;

2° La fausse membrane prélevée était littéralement bourrée de ce microbe et ressemblait à l'agglutination d'une culture pure de streptocoques.

L'amélioration du premier soir fut éphémère et dès le lendemain la température était à 39°1 le matin, 40°5 le soir avec un pouls respectivement à 114 et 128. Pendant plusieurs jours, l'évolution fut vraiment indécise, pouls et température restant aux environs des chiffres précédents, cependant qu'on notait les particularités suivantes: par l'orifice du Mickulicz un pus abondant s'écoulait, tandis que quatre ou cinq jours plus tard apparaissait une diarrhée profuse, telle que pendant un certain temps la malade se salissait inconsciemment. Par contre, symptôme heureux dans ce triste cortège, une nouvelle hémoculture pratiquée six jours après l'intervention reste stérile malgré deux repiquages.

Du 10 au 18 avril, la suppuration abdominale va continuer abondante, améliorée cependant par des lavages à l'anti-virus mais la température va baisser progressivement pour se fixer quelques temps aux environs de 38° avec un pouls à 100, puis

la diarrhée se calme pour faire place très rapidement à un nouveau symptôme particulièrement pénible qui arrache des cris à la malade dès qu'on la bouge : des myalgies. Les bras, les jambes sont immobilisées par la malade qui n'ose faire un mouvement, et on voit apparaître sur chaque cuisse, au niveau du tiers moyen, une petite collection purulente qui sera incisée et guérira sans particularité. Même chose au pli du coude gauche, tandis qu'à droite des compresses chaudes et humides parviennent à faire rétrocéder spontanément une ébauche de noyau inflammatoire analogue aux trois précédents. Complétant le tableau symptomatique, la température ascendante du 18 au 24 avril se retrouvait au voisinage de la normale au début de mai et finalement la malade guérie, quittait le dispensaire le 29 mai, deux mois après son accouchement.

OBSERVATION II

A propos d'un cas de fièvre puerpérale traitée par hystérectomie et Mickulicz et guérie.

(Par le Docteur LÉO BARBIER.)

Mme C..., 24 ans, dans la nuit du 9 au 10 juin 1929, accouche prématurément à 7 mois $1/2$, sous l'influence d'une violente frayeur, causée par un orage.

Enfant vivant et qui vivra.

La sage-femme dit que la délivrance tardant à venir, elle avait tiré dessus, qu'elle avait vérifiée, et qu'elle était complète.

Le 11 au soir, la malade ne se sent pas bien, est agitée, a de petits frissons, mais la température n'est pas prise.

Le 12, à 7 heures du matin, elle a un grand frisson très violent, claquant des dents et qui dure une heure et quart. On fait appeler le Docteur Jobard (de Genlis).

Température, 38°6. Pouls, 100.

Il fait une injection intra-veineuse de septicémine et une injection intra-utérine iodo-iodurée qui ramène rien. Il revoit

la malade à 16 heures. Température, 39°4. Pouls, 110. Gros ballonnement abdominal. Pas de gaz. Les lochies sont un peu malodorantes. Il refait un lavage intra-utérin et une injection intra-veineuse de septicémine.

A 21 heures, c'est-à-dire quatre jours après l'accouchement, vingt-quatre heures après le premier grand frisson, je vois la malade. Dans la journée, la malade a eu trois grands frissons, elle a un facies grippé. Ventre très ballonné. Pas de gaz. Se plaint des deux côtés, surtout à gauche. Toucher: col entr'ouvert, utérus gros et mou; lochies à peine fétides. Anesthésie générale au balsoforme. Curettage qui ne ramène rien, l'exploration au doigt est négative. Injection intra-utérine qui ressort propre. On refait une troisième injection de septicémine intra-veineuse et un abcès de fixation. Huile camphrée, etc...

Le 13 au matin. La température a continué de monter. De 39°4 la veille au soir, elle est passée à 40°6. Pouls, 124. *Gros ballonnement. Pas de contracture. Nouveau frisson d'une heure dix*, et surtout cette euphorie si caractéristique des malades qui ne vont pas. Etant donné l'augmentation des symptômes malgré le curettage, je préviens son mari que la situation est désespérée et je lui propose ce que j'estime être la dernière chance de salut, une hystérectomie.

Celle-ci étant acceptée, j'opère la malade le soir. Elle a, à ce moment, 40°9. Pouls à 144.

Le 13, à 16 heures. Opération (Docteur MOREL et Docteur JOBARD). Laparotomie médiane. Hystérectomie subtotale avec fente vaginale postérieure. Drain vaginal. *Mickulicz* à quatre mèches. Drain abdominal. Paroi en un plan aux crinos. Durée: une demi-heure.

Au cours de l'opération, j'ai fait les constatations suivantes: Anses grêles très distendues. Fausses membranes verdâtres sur les annexes et l'utérus. Ascite dans le bassin. *Par la trompe gauche sort du pus goutte à goutte.*

Pièces: à la coupe, utérus mou, gris verdâtre dans sa totalité; infiltration oedémateuse de paramètres. La trompe gauche a

un peu de pus. Trompe droite pas de pus. Les deux ovaires sont très gros, œdémateux.

Le 14 au matin. On a une impression de détente nette. La température est tombée à 38°9, et le pouls à 116. Le faciès est meilleur. La malade est plus calme.

Le 14 au soir. Température, 39°1. Pouls, 116.

Le 15 au matin. Température, 39°.

Le soir. Température à 40°1. Apparition d'un érysipèle de la face à droite. Premiers gaz.

Pendant trois jours la température se maintient entre 39°5 et 40°. Le 18, l'érysipèle droit est en décroissance, mais il en apparaît un à gauche.

Dès le deuxième jour après l'opération, on a l'impression que la malade est tirée d'affaire et que la partie est gagnée.

Le 19 au matin. Température, 38°1. Elle va rester quatre jours autour de 38°, faire un clocher inexplicable un soir à 39°7, puis retomber dès le lendemain entre 37° et 38°.

Les mèches du Mickulicz ont été enlevées les 2°, 3°, 5° et 6° jours; le sac, le 10°. De grands lavages hypochlorités faits chaque jour par la plaie abdominale ressortent par le vagin.

Le 23, l'abcès de fixation avait franchement pris. Il était incisé.

Le 2 juillet, la température était en plateau entre 37° et 37°5. Je fis un pansement de la plaie abdominale avec de l'antivirus puerpéral. En quatre jours, le pus avait disparu.

Le 10, la malade quittait la clinique.

Je l'ai revue le 5 octobre. Elle allait tout à fait bien, avait engraisé. Pas d'éventration au niveau du Mickulicz. Le seul vestige de cette grave affection était une calvitie complète, la malade ayant perdu absolument tous ses cheveux.

J'avais fait une prise de sang pour faire faire une hémoculture. Le Docteur STÉPHANOVITCH m'a répondu entérocoques, mais je dois dire que la prise de sang n'a été faite que le quatrième jour après l'opération.

CHAPITRE II

Les phlébites utéro-pelviennes puerpérales suppurées

Parfois l'infection se localise au système veineux. A côté de la *phlegmatia alba dolens*, de diagnostic facile, il existe une autre forme clinique de l'infection veineuse puerpérale : la phlébite utéro-pelvienne. Nettement individualisée au point de vue anatomo-clinique, cette forme est caractérisée par la thrombose des veines utérines, des veines utéro-ovariennes ou des veines hypogastriques et de leurs branches.

Laissant de côté la phlébite simple ou adhésive des veines du bassin, dont le pronostic bénin contre-indique toute intervention chirurgicale, nous étudierons dans ce chapitre la phlébite suppurée, qui, en raison de son pronostic souvent fatal et de l'échec habituel du traitement médical, rend légitime, dans certains cas que nous nous efforcerons de préciser, l'acte opératoire.

Les phlébites utéro-pelviennes suppurées s'observent en général au cours des infections puerpérales qui s'accompagnent de rétention placentaire, d'où leur plus grande fréquence dans le post-abortum. Presque toujours elles apparaissent après une phase d'endométrite chronique, et le curettage instrumental doit être pris en importante considération dans leur étiologie.

Pour SCHOTTMULLER et ses élèves, cette forme d'affection serait due à un streptocoque anaérobie particulier: le « streptococcus putridus ».

La thrombo-phlébite est relativement fréquente par rapport aux autres formes de l'affection puerpérale. LEQUEUX et CHOMÉ l'ont rencontrée 27 fois sur 52 autopsies, SCHIKELÉ, et RIOTTE 5 fois sur 6 autopsies.

La thrombo-phlébite suppurée se présente en clinique sous plusieurs aspects différents. Nous prendrons pour type de description la forme lente, tardive, de la phlébite utéro-pelvienne. Schématiquement on peut décrire trois périodes à la maladie.

1° Période de début ou préphlébitique

Au début, il existe des signes d'infection utérine banale. Malgré le peu d'importance des signes locaux, l'état général est atteint. La malade a peu d'appétit, dort mal, et présente une pâleur spéciale sur laquelle JEANNIN a attiré l'attention. D'autre part, le pouls est rapide mais déjà instable et en discordance avec la température.

On ne pense pas encore à la localisation veineuse au cours de cette phase utérine sans gravité apparente, quand sept ou huit jours plus tard apparaissent les signes généraux qui vont permettre au médecin de poser le diagnostic.

2^o Période d'état ou de phlébite confirmée

Nous étudierons successivement les signes généraux et les signes physiques.

A. — *Signes généraux*

Les *frissons* constituent en général les premières manifestations de la phlébite suppurée. Le premier frisson peut être assez discret, mais la plupart du temps, son intensité inouïe rappelle celle du frisson qu'on observe dans la péritonite puerpérale. Au bout de deux à trois jours, plutôt dans les formes sévères, un nouveau frisson survient, aussi dramatique que le premier.

Tout d'abord espacés, se répétant tous les deux ou trois jours, *les frissons se rapprochent de plus en plus en même temps qu'augmente leur intensité*. C'est la répétition des frissons, jointe à leur apparition tardive, qui donne à la maladie son allure caractéristique. Les frissons sont liés au passage dans le sang des microbes et de leur toxine, venus du foyer septique veineux. Leur *nombre* et leur *intensité* sont variables. Dans l'immense majorité des cas, ils sont violents et pro-

longés, mais parfois ils peuvent se borner à un simple frissonnement plus ou moins accusé.

Pendant ce temps, la *température* présente, elle aussi, des caractéristiques frappantes. Irrégulière, intermittente, elle décrit de grandes oscillations, si capricieuses qu'elles échappent à toute description. Le plus souvent, après le stade d'infection utérine marquée sur la courbe thermique par un dôme irrégulier, on voit se produire des ascensions brusques à 40° et plus, auxquelles succèdent des chutes de 3 à 4 degrés. *Ces ascensions brusques coïncident avec l'apparition des frissons.* A cette série de clochers vont succéder des oscillations de moindre amplitude ou une chute en lysis vers la normale. Dans l'intervalle des poussées thermiques, la température oscille autour de 38° à 38°5, parfois reste normale pendant un ou quelques jours. Cette instabilité thermique constitue avec les frissons intenses, répétés, et d'apparition tardive, les deux signes cardinaux de la thrombo-phlébite pelvienne suppurée.

La courbe du *pouls* est aussi variable que celle de la température ; mais si l'instabilité est le caractère commun de ces deux courbes, il faut insister sur ce fait qu'il n'y a *aucun parallélisme* entre elles. Le pouls reste d'ailleurs longtemps satisfaisant. Il est assez bien frappé, sauf au moment des frissons, où il est incomptable.

L'*état général* ne paraît touché gravement qu'au moment des frissons. Alors la malade, saisie d'un froid intense, pâle, ne parvient pas à se réchauffer. Les lèvres et les extrémités sont cyanosées. Dès que le fris-

son cesse, la malade ressent une impression de bien-être et rapidement l'état général redevient satisfaisant. En dehors des frissons, rien ne fait soupçonner la gravité de l'affection. *Cette alternance de bien-être et d'état grave* est une autre caractéristique de cette forme que les anciens auteurs avaient appelée avec tant de perspicacité clinique la « septicémie intermittente ».

B. — *Signes physiques*

Dans cette forme particulière de l'infection puerpérale, *tout paraît se borner aux signes généraux*. A peine la malade accuse-t-elle une *douleur* vague dans le bas-ventre, « si ce n'était l'accouchement récent, rien n'appellerait l'attention plutôt sur les organes génitaux que sur tout autre appareil de l'organisme ».

On peut noter un léger *ballonnement du ventre* (Libow), mais ce signe est d'une telle banalité dans les suites de couches qu'il ne saurait être considéré comme un signe particulier de la thrombo-phlébite puerpérale supprimée.

Parfois la *palpation* éveille une douleur qui siège sur l'un des bords de l'utérus ; cette douleur provoquée est rarement persistante. Spontanée, elle apparaît à chaque extension de la thrombose, quelquefois elle est accrue par les efforts de toux et la défécation.

Le toucher combiné au palper donne des renseignements qui varient suivant le siège des veines atteintes. Ces signes sont d'ailleurs bien souvent d'une interprétation délicate.

1° MÉTROPHLÉBITE.

Lorsque l'infection veineuse reste cantonnée à l'utérus, on sent un utérus gros, douloureux et mou. Or ces signes sont aussi ceux que l'on observe dans une métrite puerpérale banale : c'est dire toute la difficulté d'établir un diagnostic différentiel entre ces deux formes de l'infection puerpérale. Beaucoup d'auteurs ont insisté sur la valeur qu'avait la constatation d'une douleur persistante au niveau d'un des bords ou des angles de l'utérus.

2° THROMBO-PHLÉBITE DU PÉDICULE SUPÉRIEUR.

Lorsque la thrombose intéresse les veines utéro-pelviennes, on peut, dans certains cas heureux, percevoir une zone douloureuse allant d'une corne utérine vers l'hypocondre en restant à 2 ou 3 centimètres de distance de l'ombilic. Exceptionnellement on peut sentir les veines enflammées et thrombosées sous forme de « tuméfactions circonscrites, allongées, en forme de cordon très volumineux, sensible ou franchement douloureux à la palpation et laissant les culs-de-sac vaginaux indemnes de toute induration. Les veines utéro-pelviennes en effet sont trop haut situées pour être accessibles au toucher vaginal. Dans des cas très rares on peut cependant percevoir un empâtement douloureux dans la partie interne et haute du ligament large, à côté de la corne utérine.

3° THROMBO-PHLÉBITE DU PÉDICULE INFÉRIEUR.

Presque toujours, dans les phlébites du pédicule inférieur, il existe une infiltration diffuse de la base du ligament large. Cette infiltration s'étend sur les

parois pelviennes et vaginales. En raison de l'importance des lésions de voisinage il est exceptionnel de percevoir les cordons veineux avec la netteté avec laquelle on peut les sentir dans la thrombo-phlébite non suppurée.

Il résulte de l'étude des signes locaux que ceux-ci sont rarement nets et précis. *Les signes physiques ne tirent leur importance que de leur association aux signes généraux* précédemment décrits et si caractéristiques. L'examen physique, pratiqué avec douceur pour éviter les risques d'embolie, sera toujours fait avec soin. Souvent, il permettra de confirmer un diagnostic hésitant.

L'hémoculture donne de précieux renseignements. Faites en série, les hémocultures sont presque toujours négatives. Si elles sont positives, elles ne le sont que temporairement au moment des frissons. Rapidement les germes disparaissent du système circulatoire et ne sont retrouvés que dans la lésion primitive et les abcès métastatiques.

La thrombo-phlébite est donc « *une affection locale avec parfois poussées septicémiques transitoires* » (BIDOIRE). Ces faits expliquent l'évolution si particulière de l'affection et le principe des traitements qui ont été proposés.

L'ÉVOLUTION se fait par poussées successives avec frissons, clochers thermiques, signes généraux graves, entrecoupées de périodes d'accalmie, pendant lesquelles la température tend à baisser.

Au bout de trois à quatre semaines en moyenne, le

tableau clinique se modifie : l'infection gagne du terrain ; elle va se généraliser.

Les frissons se rapprochent et deviennent plus intenses, l'état général décline. C'est alors que surviennent les embolies qui traduisent la pyohémie qui va emporter la malade.

3^e Période des complications

Toutes les complications sont le résultat d'*embolies septiques*. Leur date d'apparition est fort variable.

Parfois précoces, elles sont souvent *tardives*.

Elles sont en général *petites et multiples*.

Elles sont *septiques* et créent ainsi des foyers de suppuration à distance du foyer veineux primitif par essaimage microbien.

Elles sont avant tout, d'ordre pulmonaire.

Les complications pulmonaires se révèlent rarement par le tableau dramatique de la grande embolie. Les signes en sont discrets. Une toux quinteuse, une légère gêne respiratoire traduisent la complication qui va emporter la malade. Le point de côté est généralement peu intense. A l'examen on trouve en même temps que des râles de bronchite disséminés, des foyers plus ou moins nombreux de râles fins. Rapidement les lésions s'étendent et évoluent comme des foyers de broncho-pneumonie. Un épanchement pleural peut apparaître.

Trois à quatre semaines après le début des accidents, les malades succombent à leurs lésions pulmonaires.

A l'autopsie on trouve des zones d'hépatisation, des abcès du poumon, des pleurésies purulentes.

Les autres métastases septiques sont rares. Elles peuvent atteindre n'importe quel organe.

Neuf fois sur dix, les malades ne présentent que des foyers de suppuration pulmonaires.

FORMES CLINIQUES.

A côté de la forme lente chronique, il existe d'autres formes cliniques de la thrombo-phlébite suppurée.

a) FORME TYPHOÏDE PRÉCOCE A ÉVOLUTION RAPIDE.

Le début est remarquablement précoce. Au deuxième ou troisième jour des suites de couches, la fièvre s'installe. L'état général est grave d'emblée. Les frissons très violents se répètent à de très courts intervalles. La pâleur livide de la malade, la stupeur, la prostration, l'anorexie, la langue sèche, la diarrhée, l'absence d'accalmie rappellent la fièvre typhoïde. La mort survient rapidement.

Les hémocultures faites en série sont presque toujours positives, même en dehors des frissons.

b) FORME SEPTICÉMIQUE.

Cette forme survient plus volontiers chez des femmes profondément anémiées par de graves hémorragies obstétricales. Une semaine tout au plus, après le début des accidents, la malade meurt.

L'hémoculture est constamment positive.

C'est l'autopsie qui, en révélant de vastes thromboses suppurées qui atteignent parfois la veine-cave,

permet de ranger cette forme septicémique parmi les infections veineuses.

Parfois cependant l'apparition d'un œdème bilatéral des membres inférieurs, le toucher auront pu faire soupçonner le diagnostic.

c) FORME ATTÉNUÉE A ÉVOLUTION PROLONGÉE.

Cette forme est d'un pronostic relativement favorable. Son début peut être tardif. L'état général est peu touché, les frissons sont espacés.

L'hémoculture est constamment négative.

La malade peut guérir car les complications emboliques sont rares dans cette forme.

DIAGNOSTIC POSITIF.

Le diagnostic de thrombo-phlébite est très souvent difficile, rarement il est impossible.

Les éléments du diagnostic sont :

1° — L'apparition de FRISONS à une époque assez avancée d'une infection utérine d'allure banale et surtout la répétition de ces frissons à des intervalles plus ou moins réguliers, mais de plus en plus rapprochés. C'est le grand symptôme des phlébites puerpérales suppurées. Un frisson unique, même très intense, n'a aucune valeur en ce qui concerne le diagnostic. Il peut s'observer dans toutes les formes de l'infection puerpérale.

2° — L'aspect irrégulier de la courbe de la TEMPÉRATURE et du POULS.

3° — L'ÉTAT GÉNÉRAL relativement bon dans l'intervalle des frissons.

4° — L'HÉMOCULTURE NÉGATIVE. Il existe bien des formes d'infection où l'hémoculture est positive en dehors même des frissons, mais alors les signes de la thrombo-phlébite sont noyés au milieu des signes de la septicémie ou de la pyohémie puerpérales. La thrombo-phlébite n'est plus que la localisation d'une infection généralisée.

5° — LES SIGNES LOCAUX. Dans certains cas leur recherche permettra d'affirmer non seulement le siège de la thrombose mais son degré d'extension. Ces cas sans doute sont rares, mais le médecin a grand intérêt à rechercher avec soin les signes locaux de l'affection.

En présence d'une zone douloureuse allant d'une des cornes utérines vers l'ombilic, il sera permis de penser à une *phlébite pelvienne du pédicule supérieur*.

Si, par contre, l'examen décèle une infiltration de la base du ligament large ou de la paroi pelvienne dans la région des vaisseaux hypogastriques, on pensera à une *phlébite du pédicule inférieur*.

D'ailleurs, si la phlébite est souvent unilatérale et n'atteint qu'un pédicule, elle peut être bilatérale et toucher la totalité des veines du bassin.

6° — LES SIGNES THORACIQUES. Ces signes acquièrent surtout de la valeur s'ils se présentent sous le tableau de la petite embolie. Leur pronostic n'est pas toujours fatal ; ils confirment, malheureusement trop tard, un diagnostic hésitant.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL.

Nous ne ferons qu'indiquer les affections avec lesquelles la thrombo-phlébite pelvienne suppurée peut être confondue.

Parfois les *affections médicales* peuvent donner le change. Houël a signalé un cas de paludisme où la fréquence des frissons a fait penser à une phlébite puerpérale suppurée. D'autres auteurs ont signalé la confusion possible de la thrombo-phlébite avec la cholecystite suppurée. Ce sont là des faits exceptionnels.

Le diagnostic, en pratique, est presque toujours à faire avec les différentes formes cliniques de l'infection puerpérale. Ce sont :

1° *La thrombo-phlébite pelvienne non suppurée*, facilement reconnaissable à ses signes physiques.

2° *Les formes septicémiques et septico-pyohémiques de l'infection puerpérale.*

Dans ces formes la courbe de la température est plus régulière ; les rémissions sont rares. Les frissons s'observent au début, rarement au cours de l'évolution de la septicémie. Enfin les hémocultures donnent ici des résultats presque constamment positifs.

3° *Les infections péri-utérines* (phlegmon de la base du ligament large, salpingo-ovarite des suites de couches).

Le toucher combiné au palper permet presque toujours le diagnostic de ces affections.

Traitement chirurgical des phlébites utéro-pelviennes suppurées

Le traitement médical des phlébites utéro-pelviennes suppurées se confond avec le traitement général de l'infection puerpérale. Dans la plupart des cas il est insuffisant et ne peut empêcher l'issue fatale habituelle dans cette forme grave de l'infection puerpérale.

Les résultats satisfaisants donnés par l'intervention dans les phlébites suppurées du sinus latéral amenèrent les auteurs à intervenir chirurgicalement dans les thrombo-phlébites utéro-pelviennes suppurées.

C'est en 1894, que SIPPEL propose comme traitement de la thrombo-phlébite, de réséquer les veines utéro-ovariennes. Mais c'est FREUND qui réalise, sans succès d'ailleurs, en 1898, la première résection.

En 1902, BUMM publie trois cas de ligatures utéro-ovariennes terminées, elles aussi, par la mort des malades.

TRADENLENBURG publie ses premières observations et préconise au lieu de la résection des veines, leurs ligatures. Dans cinq cas, TRADENLENBURG lie à la fois les utéro-ovariennes et les hypogastriques ; il a un succès pour quatre morts.

Depuis, l'opération de Tradenlenburg fut souvent répétée à l'étranger : en Allemagne, d'abord par OPITZ, HÆKEL, FRIEDMANN, FROMME, BARDELEBEN, puis par MARTENS, DREYFUS ; en Angleterre, par BELL, MILLET, WALLACE ; en Amérique, par WILLIAMS, VINEBERG, MILLER, etc.

En France, ce n'est qu'en 1912, après la publication des travaux de MM. JEANNIN, VANVERTS et PAUCOT, que la ligature veineuse dans le traitement chirurgical des phlébites utéro-pelviennes puerpérales a été réellement étudiée et a commencé à être mise en pratique par J.-L. FAURE, puis PROUST et MAURER. Malgré tous les travaux parus depuis, nous devons reconnaître que la ligature veineuse est encore à l'heure actuelle rarement pratiquée en France.

En 1923, au Congrès de la fièvre puerpérale de Strasbourg, MM. CHOMÉ et LEQUEUX font un plaidoyer fervent en faveur de l'intervention, que SCHIKELÉ juge inutile.

En 1926, paraît la thèse d'agrégation de HOUËL, travail important qui remet la question à l'ordre du jour. La même année, ROBIN publie sa thèse: l'hystérectomie et les ligatures veineuses dans le traitement de l'infection puerpérale.

En 1924, 1926 et 1928, paraissent les leçons à la Clinique Tarnier de M. CHOMÉ, et la communication de M. JEANNIN à l'Académie de Médecine.

En 1930, paraît la thèse très complète de BIDOIRE, intitulée: Contribution à l'étude des thrombo-phlébites d'origine puerpérale.

Principes généraux du traitement chirurgical

Instituée au moment opportun, l'intervention a les plus grandes chances d'apporter une évolution favorable à une affection qui, laissée au seul traitement médical, aboutit presque fatalement à la mort.

En étudiant les symptômes de la forme lente tardive, nous avons vu :

1° que pendant une période d'assez longue durée, l'infection restait localisée ;

2° que son danger résidait dans la possibilité d'apparition d'embolies septiques, surtout d'ordre pulmonaire.

Par son intervention, le chirurgien se propose de barrer la route aux embolies issues du foyer veineux infecté. Pour atteindre ce but deux moyens s'offrent à lui : lier la veine au-dessus de la portion infectée, et réséquer la portion thrombosée.

La *résection veineuse* est une intervention délicate et dangereuse. Elle est complètement abandonnée dans la thrombo-phlébite du pédicule inférieur, en raison même des difficultés opératoires. Actuellement, la majorité des auteurs partisans du traitement chirurgical s'accordent à pratiquer la *ligature* simple, sans résection des veines thrombosées.

Certains auteurs, BOQUEL en France, BALDWIN en Amérique, complètent la ligature ou la résection veineuse par une *hystérectomie*. Cette idée, déjà exprimée par BOQUEL au Congrès des Gynécologues de 1921, a été reprise et développée par lui au Congrès de Strasbourg de 1923.

En réalité, l'hystérectomie ne doit pas être systématique. Il faut s'inspirer des circonstances et n'ôter l'utérus que s'il présente des lésions infectieuses nettes et si l'on a « des doutes sérieux sur sa parfaite intégrité » (JEANNIN).

De nombreuses objections d'ordre théorique et d'or-

dre pratique ont été adressées à la ligature veineuse. MM. CHOMÉ et JEANNIN ont discuté les arguments des adversaires de l'intervention.

I. — OBJECTIONS D'ORDRE THÉORIQUE.

Une première objection d'ordre théorique a été faite :

1° — *La phlébite suppurée est une infection généralisée.*

Pour SCHIKELÉ, « la thrombo-phlébite pelvienne représente toujours une phase ou une partie de l'infection puerpérale généralisée ».

Certes, il existe des formes septicémiques et septicopyohémiques de la phlébite suppurée, mais ces formes sont plus rares que la forme lente tardive *pour laquelle seule nous envisageons le traitement chirurgical.*

Les faits anatomo-cliniques montrent qu'il existe une forme de phlébite suppurée qui n'altère pas l'état général pendant une longue durée de son évolution, qui ne se généralise que d'une façon intermittente et fugace au moment des frissons, qui reste donc pendant une longue période de son évolution *une affection localisée.*

Avec FAIX, nous pensons que la forme chronique, *affection locale à retentissement général,* est justiciable du traitement chirurgical.

2° — On a objecté que *la ligature laisse évoluer les lésions locales et de voisinage.*

Cette objection, souvent répétée depuis que l'on a abandonné la résection veineuse, ne saurait condamner la ligature. Les lésions de voisinage, fréquentes sur-

tout dans la thrombose suppurée du pédicule inférieur, ne comportent pas un pronostic fatal. Le danger principal réside toujours dans la veine qui suppure par suite d'une embolie toujours possible. D'ailleurs, les lésions de voisinage : cellulite, lymphangite... ont leur mode propre de traitement, et le fait de pratiquer une ligature veineuse n'exclut pas les interventions spéciales à chacune de ces lésions.

3° — Une dernière objection, qui suffirait, si elle était vérifiée, à condamner l'opération, a été faite :

La ligature veineuse est insuffisante à empêcher la production des embolies.

Il existe en effet entre les veines du bassin, spécialement au niveau du pédicule inférieur, des anastomoses nombreuses. La ligature ne peut donc empêcher la production des embolies, elle ne répond pas à son but, disent les abstentionnistes.

Si nous lisons les observations rapportées par les auteurs, nous constatons que les frissons ont disparu après l'intervention dans presque tous les cas. Or les frissons traduisent l'infection passagère de l'organisme par les microbes. Il est logique d'admettre que c'est la ligature qui a empêché les nouvelles décharges microbiennes de se produire.

Mais les adversaires de la méthode insistent sur ce fait que, dans certaines observations, les frissons sont réapparus 8 ou 15 jours après l'intervention.

Or, cette réapparition des frissons est relativement rare. La méthode opératoire comporte bien des échecs. Une veine non ligaturée, une anastomose peut être infectée et la thrombose de cette veine peut évoluer

pour son propre compte. Cependant, en liant *haut et gros*, comme le conseille HOUTÉL, on a bien des chances d'éviter les reprises septicémiques de l'affection.

Pour CHOMÉ, ces cas ne sont pas assez nombreux pour faire rejeter la ligature.

II. — OBJECTIONS D'ORDRE PRATIQUE.

Les objections d'ordre pratique relèvent *des difficultés du diagnostic et de l'intervention*.

Le *diagnostic* de thrombo-phlébite suppurée, souvent délicat, est généralement faisable. La difficulté est de préciser, par suite de la pauvreté des signes physiques, le siège de la thrombose et l'étendue des lésions. Presque toujours les signes généraux permettent de diagnostiquer la phlébite pelvienne suppurée. Quand bien même le siège et l'étendue des lésions n'auraient pu être précisés, il est légitime de recourir à l'opération, qui seule peut sauver la malade. *Si les lésions sont par trop diffuses*, le chirurgien se bornera à une laparotomie exploratrice ; mais dans la majorité des cas la laparotomie permet d'agir pour le plus grand bien de la malade.

Les *difficultés opératoires* ne sont pas non plus insurmontables ; elles dépendent du siège de la thrombose et des lésions associées.

En cas de *phlébite du pédicule supérieur*, la suppuration peut remonter très haut ; le plus souvent, on pourra cependant placer la ligature en zone saine.

Dans cette forme, les lésions de voisinage sont peu importantes et quelques auteurs restent, en cas de phlébite du pédicule supérieur, partisans de la résection veineuse.

S'il s'agit de *phlébite du pédicule inférieur*, l'opération est plus difficile. Le danger que créent les lésions de cellulite et de lymphangite pourra être évité en liant « sans crainte et sans hésitation la veine iliaque primitive et au besoin la veine cave inférieure » (Houël).

Contre-indications opératoires

L'opération doit être rejetée dans :

1° — *Les formes atténuées*, d'allure très bénigne, avec frissons espacés. Le traitement médical suffit généralement dans ce cas pour amener la guérison.

2° — *Les formes septicémiques et septico-pyohémiques* avec hémoculture positive en dehors des frissons. Dans ce cas la phlébite n'est plus une infection localisée et le traitement chirurgical n'a plus de raison d'être.

3° — Lorsqu'il existe de *graves lésions pulmonaires* ou pleurales, l'opération ne doit pas être tentée. Il est trop tard et l'on ajouterait à un état général grave un choc opératoire important.

Contre-indications relatives

L'opération est discutable :

1° — Dans la forme lente chronique, en cas de phlébite du pédicule inférieur avec *lésions de voisinage*.

Outre que l'opération comporte un danger propre très élevé, elle ne met pas sûrement la malade à l'abri

des embolies, en raison de la richesse des anastomoses des veines du pédicule inférieur.

A condition de « lier haut et gros », la malade peut cependant tirer un grand bénéfice de la ligature veineuse.

2° — En cas d'apparition de *complications pulmonaires discrètes*.

Les chances de survie sont alors bien amoindries, car la complication pulmonaire, continuant à évoluer pour son propre compte, peut emporter la malade.

3° — En cas de *thrombose étendue*.

Il est souvent difficile de dire jusqu'où remonte la thrombose ; ce n'est bien souvent qu'après la laparotomie que l'opérateur prendra une décision définitive.

Indications favorables

Ce sont les cas de thrombo-phlébite utéro-ovarienne avec bon état général et hémoculture négative en dehors des frissons, qui sont les plus favorables à l'intervention.

Le point délicat est de bien choisir le moment où il sera opportun d'intervenir.

Pour JEANNIN, il faut opérer « dès que le diagnostic de suppuration veineuse est certain et avant que les complications soient apparues ».

MARTENS et les Anglo-Saxons sont partisans d'une opération aussi précoce que possible. Il ne paraît cependant pas indiqué d'opérer trop tôt, car il importe d'être certain du diagnostic. Or, ce diagnostic est avant tout un diagnostic d'évolution.

D'autre part, les complications pulmonaires sont exceptionnellement précoces et l'opération peut être différée pendant quelques jours.

En outre, les statistiques montrent que l'opération très précoce donne une mortalité plus grande que l'opération plus tardive.

Par contre, il importe de ne pas intervenir *trop tard*, car alors les métastases évoluent pour leur propre compte et compromettent irrémédiablement la vie de la malade.

Le *moment opportun* de l'intervention paraît être la période qui va du 7^e au 12^e jour après l'apparition du premier frisson, c'est-à-dire le vingtième jour après l'accouchement ou l'avortement. (CHOMÉ et JEANNIN). Cette règle n'est pas absolue, car le moment de l'opération est aussi une affaire de jugement et d'impression personnelle.

Choix de l'intervention

La voie sous-péritonéale, adoptée par TRADENLEBURG et BUMM, a été complètement abandonnée en raison des erreurs grossières auxquelles elle expose et de ses difficultés opératoires.

La voie vaginale a été aussi utilisée. Elle n'a pas sa raison d'être.

La voie abdominale transpéritonéale est seule logique, car seule elle permet au chirurgien de se rendre compte du siège et de l'étendue des lésions.

Après ouverture du péritoine, l'opérateur recherche, en explorant les pédicules veineux, l'induration

des vaisseaux, signe de leur thrombose. Successivement, chaque pédicule utéro-ovarien est exploré du détroit supérieur à son embouchure dans la veine-cave ou dans la veine rénale gauche ; puis le chirurgien pratique l'examen des veines utérines et hypogastriques en palpant la base des ligaments larges et les parois postéro-latérales de l'excavation. L'utérus lui-même doit être examiné avec grand soin. Dans la majorité des cas (si l'opération n'a pas été trop précoce) l'utérus est trouvé sain. De cette exploration, minutieuse et prudente, le chirurgien déduit la nature de l'intervention.

1° — *Les veines du pédicule supérieur sont indurées.*

Il faut pratiquer la *ligature* et la faire si possible en zone saine.

Lorsqu'il n'existe aucune lésion de voisinage, ce qui arrive parfois dans les phlébites du pédicule supérieur, la *résection veineuse* peut être tentée. C'est là une opération qui n'est pas sans danger et qui demande une grande habileté. Assez souvent les cordons veineux sont noyés dans une gangue inflammatoire qui contre-indique la résection. Si l'on a affaire à une veine franchement suppurée, on devra se contenter de l'inciser et de placer un Mickulicz plutôt que d'essayer de la réséquer.

2° — *Les veines du pédicule inférieur sont indurées*

Dans ce cas, il n'est pas possible d'enlever la veine suppurée. Seule la *ligature* est de mise. Il ne faut pas lier la veine hypogastrique. Sa ligature est difficile en raison des lésions de voisinage si fréquentes dans les phlébites du pédicule inférieur.

En cas de lésions unilatérales, on liera donc la veine iliaque primitive, d'accès plus facile, surtout à gauche, où elle n'est pas recouverte et masquée par l'artère.

Lorsque les lésions sont bilatérales, certains auteurs lient séparément les deux iliaques primitives ; il est infiniment plus logique de lier d'emblée la veine-cave inférieure. L'opération est plus brève et par suite moins dangereuse. La ligature de la veine-cave inférieure, faite au-dessous des veines rénales, a donné des résultats heureux (BOUFFIER).

CHOMÉ la recommande et conseille de la faire à la hauteur de la partie supérieure de la quatrième vertèbre lombaire.

Doit-on, comme l'a proposé Boquel, *compléter la ligature ou la résection par l'hystérectomie* ? Il ne faut pas oublier que chez ces malades l'acte chirurgical doit être limité au strict minimum. L'hystérectomie est généralement indiquée lorsque la phlébite suppurée a succédé à un avortement. Ce n'est cependant qu'après la laparotomie que la décision d'enlever l'utérus doit être prise. Selon la présence ou l'absence des lésions utérines, la ligature sera complétée ou non par une hystérectomie.

Résultats du traitement chirurgical dans les phlébites suppurées

Il est encore très difficile de se faire une opinion sur la valeur du traitement chirurgical dans les thrombo-phlébites pelviennes suppurées. Les statistiques va-

riables d'un auteur à l'autre ne permettent pas d'avoir une opinion ferme.

Dans sa thèse d'agrégation, HOUËL rapporte les statistiques de VANVERTS et PAUCOT. En 1912, ces auteurs avaient réuni 82 observations de phlébites puerpérales traitées chirurgicalement ; 33 de ces interventions ont été suivies de guérison.

De 1912 à 1916, HOUËL a collecté 25 cas d'intervention avec 12 guérisons et 13 décès.

Lui-même, en 1926, rapporte 16 interventions avec 7 guérisons et 9 morts, et en 1928, 9 ligatures avec 3 morts.

D'après ces chiffres, on voit que le taux de la mortalité, qui est de 72 à 95 % pour les phlébites pelviennes suppurées non opérées, s'abaisse considérablement grâce au traitement chirurgical.

Ce que l'on peut dire, c'est que l'opération pratiquée dans la forme lente chronique, améliore presque toujours l'état de la malade. Souvent les frissons disparaissent ou tout au moins deviennent plus rares après la ligature.

Les cas les plus favorables sont incontestablement les cas de phlébite du pédicule supérieur. L'unilatéralité habituelle de la thrombose, l'absence de lésions de voisinage sont surtout des facteurs de réussite. Le seul écueil est l'étendue de la thrombose. La ligature, bien qu'un cas favorable ait été rapporté, reste sans effet s'il est impossible de lier au-dessus de la zone thrombosée.

Le pronostic opératoire des phlébites du pédicule inférieur est toujours plus grave. La bilatéralité habi-

tuelle de la thrombose, les lésions de voisinage presque constantes, viennent compliquer l'acte opératoire. Le chirurgien hésite devant la gravité d'une telle intervention.

Peut-être faudra-t-il, dit CHOMÉ, en présence d'une phlébite du pédicule inférieur, se décider d'emblée à faire la ligature de la veine-cave inférieure ?

OBSERVATION I

(Observation du service de M. le Professeur VORON.)

Thrombo-phlébite puerpérale suppurée; ligature de la veine cave inférieure; décès.

Primipare de 24 ans, à terme le 21 février 1931.

Début du travail le 13 février 1931, à 16 heures ; dilatation complète le 14 février, à 2 heures.

Expulsion ayant duré une heure, pendant laquelle la malade perd environ 500 gr. de sang.

Après l'accouchement, hémorragie de 1.000 gr. qui nécessite la *délivrance artificielle*.

Température dès le lendemain de l'accouchement.

Au 7^e jour, frisson solennel qui dure 1/2 heure.

Les frissons se répètent le 8^e, le 11^e jour et s'accompagnent de grands clochers thermiques.

Au toucher, impression d'empâtement des culs-de-sac, surtout marqué à gauche. Aucun cordon, ni plastron affirmable.

Au 20^e jour, nouveau frisson.

L'hémoculture est constamment *négative*.

On pose le diagnostic de phlébite utéro-ovarienne et l'indication de ligature de la veine cave inférieure.

Le 7 mars (21^e jour), intervention (Professeur VILLARD). — Laparotomie. Utérus de volume normal en bonne position. Pas de thrombose visible au niveau du pédicule supérieur. II

existe une induration de l'hypogastrique à gauche. Ligature de la veine cave.

Suites opératoires : la température continue à osciller entre 39° et 40°, mais *les frissons et même les simples sensations de froid ont complètement disparu*. Le pouls oscille entre 100 et 140. La malade accuse des sensations de malaise cardiaque. L'état général reste satisfaisant.

Cinq jours après l'intervention : Ablation partielle des agraphes. Evacuation d'un vaste hématome suppuré de la paroi ; malgré un large drainage, la température ne tombe pas.

Hémocultures négatives le 9 et le 12 mars.

A partir du 18^e *jour* qui suit l'opération, la température reprend son aspect d'avant l'intervention. Grands clochers à 40° et 41°, survenant irrégulièrement. Avant chacun de ces clochers, la malade se sent brusquement moins bien, présente un état général grave ; elle accuse alors une sensation de froid qui dans les jours suivants va aller jusqu'au grand frisson avec claquements de dents.

Une hémoculture pratiquée le 24 mars est encore négative.

28 mars : La plaie opératoire ne suppure presque plus et commence à bourgeonner à la périphérie. L'état général reste bon. L'auscultation montre une congestion des deux bases, surtout marquée à droite. Pas de liquide. La malade ne tousse, ni ne crache.

Au point de vue cardiaque, l'auscultation ne révèle aucun souffle. Les bruits du cœur sont normaux et bien frappés.

Le toucher est négatif.

Bien que l'état général soit relativement peu touché, et surtout en raison de l'accentuation des frissons depuis deux jours, on décide de faire deux abcès de fixation et une transfusion sanguine.

29 mars. Transfusion sanguine.

Le donneur est une convalescente d'infection puerpérale (10 jours après la fin de la phase d'infection).

L'injection (100 cc.) a été faite à la fin d'une période de

sudation ayant succédé à un frisson survenu quatre heures auparavant.

Pendant un quart d'heure environ, la transfusion paraît bien supportée, mais bientôt survient un choc intense rapidement jugulé.

2 avril. La malade a encore éprouvé une sensation de froid le surlendemain de la transfusion ($\Theta=41$), mais n'en a plus eu depuis. Le pouls reste rapide, la température tend à baisser. L'un des deux abcès de fixation semble prendre faiblement. L'état général reste stationnaire.

Mais l'amélioration n'est que passagère. L'état général s'altère, les frissons se répètent plus souvent. La malade meurt le 12 avril, 35 jours après l'intervention.

La vérification anatomique n'a pu être faite.

OBSERVATION II

(MM. GAUCHERAND et BROCHIER.)

A propos du traitement chirurgical des thrombo-phlébites puerpérales suppurées; un cas de ligature de la veine cave inférieure; décès; résultat de l'autopsie.

Une primipare de 35 ans accouche spontanément à domicile le 3 juin 1930, d'un enfant vivant.

La délivrance s'accompagne d'une hémorragie qui nécessite la délivrance artificielle.

Au 3^e jour, frisson solennel. La malade est alors envoyée dans le service. Le 19 juin, au quinzième jour, apparaît une phlébite classique du membre inférieur gauche. La température reste élevée ; l'hémoculture est négative.

Au 17^e jour, nouveau frisson solennel avec hémoculture négative.

Les frissons se succèdent tous les deux jours sans aucun signe de localisation jusqu'au 1^{er} juillet (vingt-septième jour)

où le Professeur VILLARD pratique une ligature de la veine cave inférieure.

Après l'intervention, les frissons *ne se sont plus reproduits*, mais la température persiste avec son type septicémique et la malade succombe le 4^e jour après l'opération.

Décès, le 5 juillet 1930.

Le 6 juillet, *vérification anatomique*.

A l'ouverture du ventre, dilatation généralisée de toutes les anses intestinales et surtout du cadre colique. Pas de signes d'inflammation péritonéale.

Tous les vaisseaux de la base du ligament large sont thrombosés, mais la thrombose est surtout nette du côté gauche avec périphlébite très accusée.

La phlébite se continue sur tout le trajet de la veine hypogastrique qui adhère au tissu cellulaire voisin. Il en est de même de la veine iliaque primitive qu'on isole très difficilement d'une gangue inflammatoire péri-veineuse.

A droite, Phlébite et périphlébite beaucoup moins intense, n'atteignant pas la veine iliaque primitive droite.

La ligature oblitère complètement la veine cave à 3 centimètres au-dessus de la bifurcation des iliaques.

L'ouverture de la veine cave *au-dessus de la ligature* montre une paroi endoveineuse intacte macroscopiquement.

Immédiatement au-dessous de la ligature : énorme thrombose organisée oblitérant toute la lumière et se prolongeant dans l'iliaque primitive gauche. L'aspect macroscopique du caillot ne montre pas de pus.

Par contre, dans l'iliaque primitive gauche, dans sa partie toute inférieure et dans la veine hypogastrique, l'oblitération absolument complète est réalisée par un énorme caillot suppuré, occupant toute la longueur de la veine iliaque interne gauche et se prolongeant jusque dans les veines du pédicule utérin.

La veine iliaque externe gauche est complètement oblitérée. Le pédicule utéro-ovarien ne présente rien d'anormal à l'examen macroscopique.

Foie du type infectieux, jaune et mou.

Utérus absolument vide. Muqueuse rouge, congestionnée, sans pus.

Rien aux autres organes abdominaux.

Cœur macroscopiquement normal. Pas de végétations.

Aux poumons, par contre, on trouve un énorme œdème généralisé.

De plus, la base du poumon droit présente une perte de substance intra-parenchymateuse, sous-pleurale, du volume d'un œuf de poule dont le contenu est franchement purulent. A ce niveau, la plèvre épaissie présente des fausses membranes épaisses et verdâtres. Il s'agit d'un *abcès pulmonaire* dû, vraisemblablement, à un infarctus suppuré à point de départ pelvien.

Bien que cette observation soit un échec au point de vue du résultat opératoire, les enseignements qu'on peut en tirer sont intéressants.

La ligature de la veine cave inférieure au-dessous des veines rénales a empêché la progression de la phlébite pelvienne suppurée. L'autopsie, en effet, a montré qu'au-dessus de la ligature, la paroi veineuse était saine macroscopiquement, alors qu'au-dessous de la ligature toute la lumière de la veine était obliterée par une énorme thrombose organisée qui se prolongeait jusque dans la veine iliaque primitive gauche.

Ces constatations qui légitiment l'intervention font penser que, si l'opération avait été précoce, la ligature de la veine cave inférieure aurait peut-être permis d'empêcher l'essaimage microbien de se produire. Lorsque la ligature a été pratiquée « les phénomènes de dissémination de l'infection s'étaient déjà traduits

par un embol pulmonaire infectant qui, *bien que n'ayant donné aucun signe stéthoscopique*, n'en existait pas moins depuis quelques jours.

L'intervention ne doit donc pas être trop tardive. Mais quand poser l'indication opératoire ?

Toute la difficulté est là, puisqu'il ne faut pas intervenir trop tôt non plus, en raison même de la virulence extrême du foyer infectieux.

Malgré les progrès évidents apportés par l'opération dans le traitement des phlébites pelviennes suppurée, l'échec *fréquent* de la ligature montre, qu'à l'heure actuelle, le médecin n'est pas encore suffisamment armé pour défendre l'accouchée contre cette forme grave de l'infection puerpérale qu'est la thrombo-phlébite pelvienne suppurée.

Conclusions

Nous rapportons dans notre travail des observations relatives au traitement chirurgical de l'infection puerpérale dans des cas :

- a) de péritonites puerpérales,
- b) de thrombo-phlébites pelviennes suppurées puerpérales.

I. — PÉRITONITES PUERPÉRALES

I. — Le péritoine peut être atteint au cours des infections puerpérales, en dehors des voies lymphatique ou sanguine, par voie tubaire.

Dans ces cas, peut-être plus fréquents que ne l'indiquent les classiques, le pus coule goutte à goutte dans le péritoine par l'orifice de la trompe qui joue le rôle d'un simple conduit vecteur.

II. — Actuellement devant la gravité du pronostic de la péritonite puerpérale, il paraît logique d'instituer un traitement chirurgical.

III. — Diverses interventions, allant de la simple

incision suivie de drainage jusqu'à l'hystérectomie, qui parfois peut être indiquée, ont été proposées.

La laparotomie seule permet de se rendre compte de l'existence de lésions utérines.

La mise en place d'un drainage à la Mickulicz devra toujours suivre l'hystérectomie.

II. — THROMBO-PHLÉBITES PELVIENNES SUPPURÉES

I. — Les thrombo-phlébitis pelviennes suppurées, dans leur forme habituelle, semblent actuellement justiciables du traitement chirurgical.

Laissée à elle-même, l'affection aboutit presque fatalement à la mort. Le traitement chirurgical institué au moment opportun a seul un certain nombre de chances d'apporter une évolution favorable.

II. — L'hémoculture positive, en dehors des frissons, contre-indique l'intervention.

III. — L'intervention ne doit pas être trop précoce, elle donne alors de mauvais résultats opératoires. Trop tardive, elle ne répond plus à son but qui est d'empêcher les embolies pulmonaires. Il faut opérer dès que le diagnostic de suppuration est certain.

IV. — Malgré plusieurs techniques proposées, il semble que le plus souvent il soit préférable de lier la veine cave inférieure.

La résection veineuse, qui paraît de plus en plus

abandonnée, est contre-indiquée en cas de phlébite suppurée du pédicule inférieur.

V. — L'hystérectomie complémentaire ne sera pratiquée qu'en présence de lésions utérines concomitantes.

<i>Vu :</i>	LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LE DOYEN,	VORON,
JEAN LEPINE.	

Vu et permis d'imprimer

Lyon, le 12 Novembre 1931.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
A. LIRONDELLE

Bibliographie

I. — *Infections puerpérales*

- AUREL ABRAMOVICI. — Contribution à l'étude du traitement des infections puerpérales. *Thèse de Paris*, 1927, n° 527.
- ANDERODIAS. — Les traitements modernes de l'infection puerpérale. *Journ. de Méd. de Bordeaux*, n° 4, 10 février 1929.
- BALARD. — Examen oscillométrique dans l'infection puerpérale. *Bull. Soc. d'Obst. et de Gynéc.*, 12 avril 1921.
- BAR, BRINDEAU et CHAMBRELENT. — *La pratique de l'art des accouchements*, Tome II. — Infection puerpérale, par BRINDEAU et CHOMÉ.
- BARBIER. — A propos d'un cas de fièvre puerpérale traitée par hystérectomie et Mickulicz, *La Bourgogne Médicale*, mars 1930, n° 3.
- BRINDEAU. — Le traitement local est-il indiqué dans l'infection puerpérale? *Journ. de Méd. et de Chirurgie*, 10 juillet 1927.
- BURCKLÉ. — Le traitement de la fièvre puerpérale à l'Ecole Départementale d'accouchement de Strasbourg. *Thèse de Strasbourg*, année 1928, n° 11.

- CHAUMÉ. — Les infections puerpérales par germes anaérobies. *Leç. du soir à la Clinique Tarnier*, 1926.
- CONGRÈS DE L'INFECTION PUERPÉRALE DE STRASBOURG, 1923.
- COUINAUD et CLOQUE. — Examen chimique du sang chez quelques inf. puerp. *Gyn. et Obst.*, 1921, tome III, n° 4.
- COUVELAIRE. — Esquisse de l'histoire de la fièvre puerpérale. *Gyn. et Obst.*, 1923, n° 1.
- DELMAS. — De la transfusion du sang dans l'infection puerpérale. *Gynécol., Paris*, 1921, tome XX.
- ILIESCO. — Du pronostic dans l'infection puerpérale. Considérations au point de vue du traitement. *Thèse de Paris*, année 1925, n° 319.
- JEANNIN. — Considérations sur le traitement des différentes formes de l'inf. puerpérale. *Journ. de Méd. et de Clin. pratiques*, 10 juin 1929.
- JEANNIN et FUREAU. — Une statistique d'infection puerpérale. *Soc. d'Obst. et de Gyn.*, 11 mars 1929.
- LEQUEUX et CHOMÉ. — Quelle place donner à la phlébite pelvienne suppurée dans l'infection puerpérale, *Gyn. et Obst.*, 1923, Tome VIII, n° 5.
- METZGER et MARMASSE. — Traitement des infections puerpérales. *Presse Médicale*, 1926, n° 79.
- MARMASSE. — La question de l'infection puerpérale. *Gaz. des Hôpitaux*, 15 août 1928.
- MOREL. — Septicémie puerpérale à streptocoques. Début de péritonite. Hystérectomie. Guérison. *La Bourgogne Médicale*, décembre 1930.

- POINCEAU. — La morbidité et la mortalité maternelles à la Maternité Boucicaut pendant 5 ans (1924-1928). *Thèse de Paris*, 1929, n° 15.
- RHENTER. — Sur la mortalité obstétricale à l'hôpital de la Charité de Lyon, de 1904 à 1923. *Journ. de Médecine de Lyon*, 5 octobre 1926.
- SEDAILLAN. — Etude sur les streptocoques hémolytiques pathogènes pour l'homme. *Thèse de Lyon*, 1924-25, n° 66.
- VORON et SEDAILLAN. — Infection puerpérale traitée par auto-vaccination antistreptococcique. *Soc. d'Obst. et de Gyn. de Lyon*, 1922.
- VORON, MICHON et SEDAILLAN. — Contribution à l'étude de la vaccinothérapie de l'infection puerpérale. *Lyon Chirurgical*, tome XX, n° 2, 1923.

II. — *Traitement chirurgical des péritonites puerpérales*

- BOQUEL. — Note sur la laparotomie suivie de drainage dans l'infection puerpérale. *Archives de médecine d'Angers*, avril 1903.
- BRINDEAU. — Péritonite puerpérale et laparotomie. *Soc. d'obst. de Paris*, 1903 et 1908.
- CARDOT. — De la colpotomie dans le traitement de la péritonite généralisée d'origine puerpérale. *Thèse de Paris*, 1910, n° 142.
- KELLER. — Comment opérer la péritonite puerpérale. *Strasbourg Médical*, n° 6, 20 mars 1929.

MIQUEL. — Contribution à l'étude du traitement des péritonites puerpérales diffusées par le drainage abdomino-vaginal. *Thèse de Lyon*, 1928-29, n° 24.

RAYMOND. — De la colpotomie dans le traitement de l'infection puerpérale grave. *Thèse de Paris*, 1908.

TOURNEUX. — Du traitement des péritonites post-abortionum par hystérectomie vaginale. *Bull. de la Soc. d'Obst.*, 1923.

— De l'hystérectomie vaginale dans les péritonites post-abortionum graves. *Concours médical*, janvier 1924.

III. — *Traitement chirurgical des thrombo-phlébites puerpérales suppurées*

BIDOIRE. — Contribution à l'étude des thrombo-phlébites utéro-pelviennes d'origine puerpérale. *Thèse de Paris*, 1930.

CHAUMÉ. — Phlébites utéro-pelviennes puerpérales. *Leçons du jeudi soir à la Clinique Tarnier*, 1924

FAIX. — Quelques mots sur la ligature des veines du bassin dans la pyohémie puerpérale. *Bul. de la Soc. d'Obst. de Paris*, 1906.

GAUCHERAND et BROCHIER. — A propos du traitement chirurgical des thrombo-phlébites puerpérales suppurées; un cas de ligature de la veine cave inférieure; décès; résultat de l'autopsie. *Bul. d'Obst. et de Gyn.*, mars 1931, n° 3.

HOUEL. — Contribution à l'étude des phlébites utéro-pelviennes puerpérales. *Mémoire d'Agrégation*, Alger 1925.

LEQUEUX et CHAUMÉ. — Pyohémie puerpérale ; ligature ; guérison. *Gyn et Obst.*, 1921, Tome IV, n° 1.

MONTESTRUC. — La thrombo-phlébite utéro-pelvienne dans l'infection puerpérale. *Thèse de Bordeaux*, 1924-25, n° 5.

PROUST. — Ligature de la veine iliaque primitive pour infection puerpérale. *Bul. Soc. de Chirurgie*. Séance du 5 mars 1924.

ROBIN. — L'hystérectomie et les ligatures veineuses dans le traitement de l'infection puerpérale. *Thèse de Paris*, 1926, n° 360.

WALLICH. — Sur la phlébite utérine. *Bul. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, avril 1907.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	9
Aperçu historique du traitement chirurgical de l'infection puerpérale.....	11
CHAPITRE PREMIER. — Péritonites puerpérales aiguës généralisées	19
Traitement de la péritonite purulente aiguë généralisée	29
CHAPITRE II. — Les phlébites utéro-pelviennes puerpérales suppurées	49
Traitement chirurgical des phlébites utéro-pelviennes suppurées	61
CONCLUSIONS	79
BIBLIOGRAPHIE	83

